



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>

Soc. 1508 4 d. 147



RADCLIFFE SCIENCE LIBRARY
PARKS ROAD
OXFORD OX1 3QP



BULLETTINO

DELLA

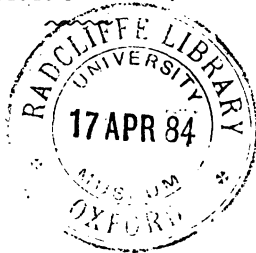
REALE ACCADEMIA MEDICA

DI ROMA

compilato dai dottori

C. BRUNELLI SEGRETARIO E **L. BERTINI** VICE-SEGRETARIO

~~~~~  
ANNO VIII.



ROMA

ERMANN0 LOESCHER E C., LIBRAI EDITORI

VIA DEL CORSO, 307

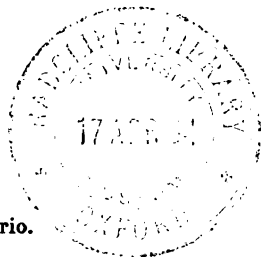
—  
MDCCCLXXXIII.



**ELENCO DEI SOCI**  
**DELLA R. ACCADEMIA MEDICA DI ROMA**

**NEL 1882**

---



**UFFICIO DI PRESIDENZA**

**Signor Maggiorani Carlo** — Presidente onorario.

- » **Galassi Luigi** — Presidente.
- » **Mazzoni Costanzo** — Vice-presidente.
- » **Brunelli Cesare** — Segretario.
- » **Bertini Leopoldo** — Vice-segretario.
- » **Donarelli Attilio** — Economo cassiere.

**CONSIGLIERI**

**Signor Pantaleoni Diomede.**

- » **Bastianelli Giulio.**

**SOCI ONORARI**

**Signor Charcot J. Martin** — Parigi.

- » **Giraud-Toulon Felix** — Parigi.
- » **Loreta Pietro** — Bologna.
- » **Paget sir James** — Londra.
- » **Palasciano Ferdinando** — Napoli.
- » **Rambosson Jean Pierre** — Parigi.
- » **Stoltz** — Nancy.
- » **Tommasi Salvatore** — Napoli.
- » **Vanzetti Tito** — Padova.
- » **Verneuil Aristide Auguste** — Parigi.
- » **West Carlo** — Londra.

**SOCI ORDINARI**

**Signor Baccelli Guido** — Via Monte della Farina, 50.

- » **Balestra Pietro** — Via Babuino, 99-A.

- Signor Bastianelli Giulio** — Via Monterone, 25.
- » **Battistini Attilio** — Via Botteghe oscure, 49.
  - » **Bertini Leopoldo** — Piazza Fiammetta, 21.
  - » **Blasi Pio** — Piazza Randanini, 48.
  - » **Brunelli Cesare** — Via Campo Marzio, 46.
  - » **Businelli Francesco** — Piazza in Lucina, 4-A.
  - » **Cerasi Filippo** — Via Pontefici, 27.
  - » **Clattaglia Cesare** — Via Governo Vecchio, 77.
  - » **Colasanti Giuseppe** — Via Principe Umberto, 95.
  - » **Cortese Francesco** Gen. — Ex-pres. del Com. di San. Mil.
  - » **Derossi Emilio** — Via Stelletta, 20.
  - » **Donarelli Attilio** — Piazza S. Nicolò a Cesarini, 3.
  - » **Durante Francesco** — Via S. Basilio, 50
  - » **Fedeli Gregorio** — Via Condotti, 44.
  - » **Galassi Luigi** — Foro Agonale, 13.
  - » **Gualdi Luigi** — Via Baullari, 37.
  - » **Incoronato Angelo** — R. Università.
  - » **Lanzi Matteo** — Via Cavour, 6.
  - » **Laurenzi Luigi** — Via Frattina, 78.
  - » **Maggiorani Carlo** — Piazza Caprettari, 70.
  - » **Malocchi Domenico** — Via Belsiana, 1.
  - » **Manassei Casimiro** — Via Lucchesi, 9.
  - » **Manayra P. Eugenio** — Via d'Aracoeli, 1.
  - » **Marchi Luigi** — Via della Lupa, 12.
  - » **Marchiafava Ettore** — Piazza Grotta Pinta, 19.
  - » **Mazzoni Costanzo** — Via Mario de' Fiori, 89.
  - » **Metaxà Temistocle** — Piazza Monte d'Oro, 24.
  - » **Moleschott Giacomo** — Castro Pretorio (Macao).
  - » **Moriggia Aliprando** — Via porta S. Lorenzo, 58.
  - » **Occhini Francesco** — Vic. Collegio Capranica, 4.
  - » **Panizza Mario** — Banchi Nuovi, 49.
  - » **Pantaleoni Diomede** — Via Ripetta, 102.
  - » **Pasquali Ercole** — Via dei Condotti, 9.
  - » **Piermarini Pellegrino** — Vic. de' Venti, 5 A.
  - » **Pinto Giuseppe** — Piazza Rosa, 8.
  - » **Ratti Francesco** — Via Ripetta, 154.
  - » **Scalzi Francesco** — Piazza Pia, 89.
  - » **Scalzi Filippo** — Via Scrofa, 17.
  - » **Tassi Emidio** — Largo dell'Impresa, 123.
  - » **Terrigli Guglielmo** — Via Manin, 9.
  - » **Todaro Francesco** — Via Nazionale, 196.

**Signor Tommasi Crudeli Corrado — Via Balbo, 7.**

- » **Toscani Davide — Foro Traiano, 42.**
- » **Tosi Federico — Magg. al Com. di Sanità Militare.**
- » **Tuccimei Ignazio — Vic. Vetrina, 14.**
- » **Valenti Antonio — Via Frattina, 52.**

### SOCI CORRISPONDENTI NAZIONALI

**Signor Accettella Francesco — Capua.**

- » **Albini Giuseppe — Napoli.**
- » **Barduzzi Domenico — Pisa.**
- » **Berruti Giuseppe — Torino.**
- » **Bertè Francesco — Sassari.**
- » **Brugnoli Giovanni — Bologna.**
- » **Cantani Arnaldo — Napoli.**
- » **Casali Osvaldo — Camerino.**
- » **Casati Luigi — Forlì.**
- » **Caselli Azzio — Reggio-Emilia.**
- » **Ceccarini Giovanni — Roma.**
- » **Ceradini Giulio — Genova.**
- » **Cianciosi Angelo — Pescocostanzo.**
- » **Corradi Giuseppe — Firenze.**
- » **Corradi Alfonso — Pavia.**
- » **Desanctis Titolivio — Napoli.**
- » **D'Urso Ettore — Napoli.**
- » **Felici Luigi — Iesi.**
- » **Ferretti Gisberto — Mugello.**
- » **Fabbri Ercole Federico — Bologna.**
- » **Franceschi Giovanni — Bologna.**
- » **Garibaldi Gian' Andrea Giambattista — Genova.**
- » **Giordano Alfonso — Lercara (Sicilia).**
- » **Leopardi Gaetano — Firenze.**
- » **Linoli Giuseppe — Castiglion Fiorentino.**
- » **Lombardo Antonio — Macerata.**
- » **Macari Francesco — Modena.**
- » **Macchiavelli Paolo — Parma.**
- » **Maraglino Edoardo — Genova.**
- » **Meola Felice — Napoli.**
- » **Michetti Antonio — Pesaro.**
- » **Marselli Enrico — Firenze.**
- » **Murri Augusto — Bologna.**



Signor Nicolucci Giustiniano — Isola del Liri.

- » Olivetti Luigi — Torino.
- » Pacchiotti Giacinto — Torino.
- » Parona Francesco — Novara.
- » Pellizzari Celso — Firenze.
- » Peruzzi Domenico — Lugo.
- » Pini Gaetano — Milano.
- » Piattelli Romolo — Roma.
- » Porro Edoardo — Pavia.
- » Raseri Enrico — Roma.
- » Rey Eugenio — Torino.
- » Sapolini Giuseppe — Milano.
- » Sormani Giuseppe — Pavia.
- » Umana Pasquale — Cagliari.
- » Verardini Ferdinando — Bologna.

#### SOCI CORRISPONDENTI ESTERI

Signor Billroth Th. — Vienna.

- » Dupuy B. — Bruxelles.
  - » Felix Jules — Bruxelles.
  - » Gamgee Sansone — Birmingham.
  - » Gueneau de Mussy Noël — Parigi.
  - » Ienssens E. — Bruxelles.
  - » De Galdo Manuel — Madrid.
  - » Langenbeck B. — Berlino.
  - » Mac Cormac William — Londra.
  - » Mignot Antonio — Chantelle.
  - » Moncorvo — Rio de Janeiro.
  - » Oliveres Luigi — Badajoz.
  - » Pereira Rego Filho José — Rio de Janeiro.
  - » Pietrasanta Prospero — Parigi.
  - » Pizzarro y Gimenez Manuel — Siviglia.
  - » Ramon Hernandez Poggio — Madrid.
  - » Troltsch — Würzburg.
  - » Volkmann Riccardo — Halle.
  - » Warlomont E. — Bruxelles.
  - » Welponer Egidio — Vienna.
  - » Zagliell F. — Wilna.
-

## SEDUTA ORDINARIA DEL 29 GENNAIO 1882

PRESIDENZA DEL PROF. LUIGI GALASSI

**SOMMARIO.** — Comunicazioni della Presidenza. — Presentazione di malati: **Mazzoni**. — Rendiconto sommario dei lavori dell'Accademia nel biennio 1881-82: **Brunelli**. — Dell'assorbimento venefico dell'acido carbolico nella cura degli empiemi operati: **Tassi** (osservazioni **Mazzoni**, **Fedeli**). — Sull'etiologia del favo (antrace); Ricerche micologiche: **Malocchi** (osservazioni **Mazzoni**). — Opere inviate all'Accademia.

Il processo verbale dell'antecedente adunanza ordinaria è letto ed approvato.

**Presentazione di opere e corrispondenze.**

Il SEGRETARIO presenta le opere inviate in dono all'Accademia (v. in fine della seduta) e comunica la seguente corrispondenza :

1. Il Ministro dell'interno fa noto essere stata inviata all'Accademia una scatola contenente lo specifico contro la idrofobia, di cui all'antecedente lettera ministeriale.

2. Il Dott. Antonio Rivera y Ramos, presidente della Commissione ordinatrice di un Congresso medico che si terrà in Siviglia il 9 aprile 1882, invia all'Accademia le norme ed il programma del detto Congresso, invitandola a farsi rappresentare.

Dietro proposta del presidente verrà incaricato di rappresentare l'Accademia il socio corrispondente estero Dott. Manuel Pizarro y Gimenez di Siviglia.

3. Il Dott. Sir James Paget di Londra e i Sigg. I. Rambosson, I. M. Charcot, et F. Giraud-Teulon di Parigi ringraziano l'Accademia per essere stati nominati soci onorari.

4. Il Sig. Monreale farmacista a Palermo, nell'invviare alcune sue preparazioni farmaceutiche, prega l'Accademia a volerle prendere in considerazione.

Il PRESIDENTE incarica particolarmente qualche socio ad sperimentare qualcuna delle preparazioni.

Il socio MAZZONI domanda la parola per fare alcune osservazioni sopra due *operati per serramento mascellare*, presentati in principio di seduta:

Ho presentato due malate affette da serramento mascellare, meritevoli della vostra attenzione.

La prima è una tale Vittoria Mappetti, romana, dell'età di anni 28 circa, la quale in seguito di infiammazione alla gota destra non potè per due interi anni mai più aprire la bocca, ad onta di cure attivissime fatte contro tale malattia. Osservata attentamente, potei verificare che il serramento mascellare dipendeva da rigidezza del muscolo massetere il quale non si prestava all'abbassamento della mascella e teneva ferme le arcate dentarie. Studiata la causa

della rigidezza e resistenza suddetta, potei stabilire esservi retrazione della capsula, con tessuto sclerosato del connettivo, e di qualche fascetto del massetere stesso. Vidi allora l'impossibilità di potere ottenere coi rimedi l'apertura della bocca e mi decisi ad eseguire la masseterotomia.

Tale operazione è stata fatta molte volte in Italia e fuori, ma spesso fu seguita da recidiva, e si deve al Rizzoli di aver consigliato di mantenere aperte le mascelle, mediante un cono, per diversi giorni, per impedire la ricongiunzione delle fibre muscolari e per ottenere così un risultato sicuro.

Io eseguii la masseterotomia col metodo intrabuccale, facendo una puntura con un piccolo bisturi alla mucosa buccale, anteriormente al massetere e presso alla sua inserzione coll'osso mascellare inferiore. Sulla piccola incisione feci quindi scorrere il piatto di un tenotomo leggermente convesso, fino all'angolo della mascella, e rivolto il tagliente verso il muscolo, lo recisi per intero. Il muscolo si ritrasse, e mediante un cono mantenni fra loro distanti le mascelle per sette notti e sette giorni. La malata non ebbe febbre ed è guarita perfettamente. Voi avete osservato come la suddetta si serva benissimo e senza alcun fastidio delle mascelle.

L'altro caso di serramento è accaduto nella giovanetta Margherita Nanni di Castel Madama, della età di anni 9. Questa bambina ebbe un cancro acquatico nella gota sinistra con distruzione di tutti i tessuti componenti la gota stessa, non esclusa la mucosa buccale e gengivale corrispondente. Talchè, come conseguenza, si è avuto il serramento mascellare per tessuto cicatriziale, esteso fino al primo piccolo molare sinistro. Ho anche potuto sentire col dito come le

due mascelle siano fra loro congiunte da un tessuto duro e fibroso da formare una continuità delle due mascelle fino al piccolo molare.

La giovanetta si nutriva attraverso un foro esistente, per mancanza di un dente, nella branca mascellare inferiore destra.

Come può immaginarsi la bambina era denutrita, delicata e povera di sangue, e per questa ragione non potea ritardarsi in lei più oltre l'applicazione di una qualunque terapia per migliorare le sue condizioni locali e generali.

Si sa che contro siffatta morbosità, ritenuta incurabile in ogni tempo, il Rizzoli, il grande chirurgo bolognese, ha opposto una operazione di genio, affatto nuova e di esito sicuro. Tale operazione consiste nella sezione (osteotomia) del mascellare inferiore, praticata innanzi alle briglie cicatriziali.

Voi sapete le opposizioni fatte all'onorando e defunto Professore, tanto in riguardo alla priorità della invenzione quanto alla efficacia della riescita; sapete pure che il mondo chirurgico gli ha reso ampia giustizia, cotalchè oggimai ognuno riconosca nel Rizzoli l'inventore del metodo operativo in parola.

Circa la inefficacia del processo si sono fatte osservazioni ingiuste da diversi chirurghi. In realtà non è da ignorare come alcuni abbiano eseguita la sezione dell'osso nel luogo del tessuto cicatriziale; altri abbiano contemporaneamente eseguite e la plastica, per correggere la deformità del labbro, e la sezione dell'osso; ed altri infine non abbiano diviso bene e per intero, il periostio dall'osso. È facile comprendere che in tali contingenze l'operazione non potesse riescire. In verità la sezione dell'osso fatta tra il tessuto cicatriziale rendeva immobile la parte della mascella

che avrebbe dovuto eseguire movimenti continuati; la operazione della restaurazione della bocca, esigendo la immobilità rendeva inutile la osteotomia o sezione dell'osso, che per rimanere mobile avea bisogno di continuo movimento. Altrettanto dicasi della mancata incisione del periostio, il quale mantiene a mutuo contatto e quasi immobili le branche mascellari sezionate. Nè vale, come obbiezione, il dubbio addotto dal Malgaigne contro la osteotomia semplice; che cioè il movimento mascellare a lungo andare si estingue e che meglio della sezione ossea riescir deve la resezione di un cono, siccome han propiosto e praticato alcuni chirurghi. L'esperienza ha provato che la sola sezione del mascellare, fatta innanzi al tessuto cicatriziale, basta perchè la bocca si apra e funzioni regolarmente, imperocchè il movimento della porzione mobile della mascella non si fa dall'alto al basso soltanto, ma lateralmente e per rotazione a guisa di cerniera, siccome avete potuto osservare nella bambina presentata alla vostra osservazione.

Questa operazione così bene riuscita in giovinetta decenne, mostra la bontà e l'eccellenza del processo Rizzoli; poichè se vi è realmente caso d'insuccesso è precisamente l'età giovanile, nella quale la mascella inferiore è poco sviluppata, e il traumatismo può essere seguito da flemmone del piano buccale, pel quale la bambina rimane impedita nel muovere la mascella. Un caso simile accadde al Palasciano.

In questo caso, tanto per servirmi dell'anestesia quanto per evitare il flemmone, ho agito così:

Ho praticato con un tenotomo una puntura delle parti molli, fino al periostio, innanzi al tessuto cica-

triziale: ho scivolato sul tenotomo il piatto di altro tenotomo retto e bottonuto, col quale ho reciso il periostio della faccia anteriore della mascella, e a questo ho fatto seguire la piccola sega *passee-partout*. Ho fatto movimenti di va e vieni senza sfondare la mucosa del piano buccale, e così ho praticato una profonda breccia nell'osso, senza che il sangue penetrasse nella cavità buccale, avendo eseguita l'anestesia nella bambina. Nella quale, risvegliata dal sonno anestetico, ho inciso il periostio e il piano della bocca internamente e sul solco già fatto ho impiantato una tenaglia e diviso l'osso regolarmente. Fu posta tra le branche dell'osso mascellare una laminetta di sughero e venne lasciata tranquilla la bambina nelle prime 24 ore, e nelle seguenti giornate si faceva aprire la bocca una o due volte nelle 24 ore. — L'andamento della cura fu regolare con poca infiammazione e gonfiore, e il risultato finale brillantissimo, essendosi ottenuto, come avete osservato, un'apertura della bocca ampia e che si presta facilmente ai movimenti della masticazione.

Il SEGRETARIO legge il seguente *Rendiconto dei lavori dell'Accademia durante il biennio 1881-82*.

Eccellentissimi ed esimii colleghi. Eccomi per la terza volta ad esporvi sommariamente e per brevi ricordi il lavoro biennale dell'Accademia. So bene che il mio discorso sarebbe reputato molto più efficace se con una sintesi giudiziosa io sapessi ritrarvi quel tanto di novità che nelle singole materie da voi trattate seppe elevarsi al grado di scienza pura; ma questo compito oltrecchè avrebbe d'uopo di una parola autorevole, falserebbe fors'anco la natura dei

nostri trattenimenti scientifici, nei quali non pochi di voi ha saputo dare tutta la impronta della novità ad argomenti di semplice pratica medica.

Io dunque mi presento a voi col semplice e modesto mandato di ripetervi in poche parole il molto da voi fatto, e mi lusingo che queste biennali ricordanze potranno servire, in epoche posteriori, alla coordinazione storica della nostra Accademia.

Trascorrerò anzitutto quella parte che costituisce in certa guisa la vita intima della nostra Società.

In quest'ultimo biennio i nuovi entrati a far parte dell'Accademia, senz'essere molto numerosi, superarono però alquanto quelli del biennio penultimo. Furono nominati 3 soci ordinari, 6 onorari, di cui uno nazionale e 5 esteri, e 22 corrispondenti di cui 12 nazionali e 10 esteri. Diecisette di queste nomine furono fatte per iniziativa dell'Accademia, le restanti per domanda presentata dal candidato. Abbiamo a deplorare la perdita di due soci ordinari, l'Aureli e il Cardona, e di quattro soci corrispondenti, il Marzolo ed il Coletti di Padova, il Rizzoli di Bologna ed il Mattei di Parigi. Sebbene di alcuni possa dirsi che risuonino ancora in quest'aula le note funeree, nonostante non ho potuto esimermi dal rinnovare ancora nell'animo vostro l'amara ricordanza di questi nostri lutti di famiglia.

Qui cade in accomio di far parola della proposta presentata da alcuni di voi di creare una classe di soci col titolo di straordinari o aggregati e che avessero residenza in Roma. Una tale proposta aveva lo scopo di aprir l'adito dell'Accademia a quella classe di giovani medici operosi, cui la limitazione numerica dei soci ordinari, stabilita dal nostro Statuto, non avrebbe permesso per molto tempo di var-



carne la soglia. Disgraziatamente non si potè venire ad alcuna deliberazione, perchè trattandosi di modificare un articolo dello Statuto e non trovandosi presenti a quella seduta i 30 soci voluti dall'art. 23, l'Accademia rinviò la proposta al giorno in cui sarebbe verificato il numero legale. Questo giorno, come sapete, non ispuntò ancora sull'orizzonte accademico, e un tal fatto, che non ha nulla di straordinario, atteso appunto il numero ristretto di accademici, è la prova la più eloquente della necessità di quella proposta.

In una delle ultime nostre sedute, in occasione di alcune nomine, si affacciò di nuovo la questione sotto altra forma, quella cioè di aumentare il numero dei soci ordinari, ed è sperabile che l'Accademia riuscirà finalmente a liberarsi da questa specie di circolo vizioso, che potrebbe anche chiamarsi stato di contraddizione.

Noi siamo stati forse un po' troppo severi contro chi manifestò il desiderio di riformare il nostro Statuto. Abbiamo creduto poco meno che un sacrilegio l'attentare a qualcuna delle norme che regolano la nostra Società, quasi che esse fossero state consacrate da una secolare esperienza!

Ma opinione siffatta pare vada perdendo terreno ogni dì più, perchè si riflette che è appunto nei primi anni di vita di una Società qualunque che si appalesano alcuni difetti di organizzazione, cui è mestieri ostare sin dalle prime.

Ricordo per esempio che una specie di avversione alle riforme si manifestò pure allorchè io proposi per la prima volta di modificare la stampa degli Atti accademici. Eppure col tempo quella modificazione fu giudicata indispensabile, e la si dovette finalmente adottare.

Io posso assicurarvi che la pubblicazione del nostro Bullettino mensile, tal quale venne stabilita da quella riforma, ha contribuito moltissimo a diffondere in quest' ultimo biennio i lavori dell' Accademia e a duplicare gl' invii di opere e di giornali. Quanto al volume delle memorie esso è in corso di stampa ed uscirà quanto prima alla luce corredato di tavole e figure litografiche.

Noi dobbiamo in parte la riuscita di questa riforma delle nostre pubblicazioni alla generosa elargizione concessa dal Ministro della Pubblica Istruzione, per il che, facendomi interprete dei sentimenti dell' Accademia, io sento il dovere di manifestargli in questa occasione la nostra più viva e sentita riconoscenza.

Dopo le favorevoli relazioni annuali dei Sindaci sul consuntivo dell' Accademia, sarebbe appena necessario che v' intrattenessi sull' azienda amministrativa con tanta cura ed abilità condotta dal nostro economo-cassiere; ma non posso trasandare una osservazione ed è che con una bene intesa parsimonia nelle nostre spese, noi siamo riusciti sin qui, malgrado le limitate risorse finanziarie, a pubblicare per intero e con ordine i nostri lavori e a far fronte a tutti i nostri impegni.

Accennate così di volo alcune delle cose che hanno relazione colla nostra vita privata, ora dovrei dirvi alcunchè di quelle che ci mettono in rapporto col mondo ufficiale. Per questa parte però l' Accademia, come corpo scientifico costituito, non può dirsi che senta la soddisfazione d' aver ricevuto sin qui nè molti, nè molto importanti incarichi dal Governo.

Quando si consideri la grande quantità delle incombenze deferite alle estere Accademie di medicina dai rispettivi Governi, non si può a meno di meravigliarsi della insigne differenza che, a questo riguardo, passa tra quelle Accademie e la nostra.

Questo fatto trova secondo alcuni la sua spiegazione nel modo come sono organizzate presso noi le Amministrazioni dello Stato. Qui infatti ciascun Ministero ha sotto la propria dipendenza Consigli speciali permanenti cui rivolgersi all'uopo; ovvero, e questa è consuetudine più comune, nomina Commissioni e Sottocommissioni per ogni e singolo caso, cotalchè non sente punto il bisogno e molto meno il desiderio di appellarsi a corpi scientifici, la cui indipendenza, se costituisce una buona prerogativa dinnanzi al mondo generico, non è così però dinnanzi a quello ufficiale. Devesi probabilmente a questa cagione se si giudicò talora quale ingerenza indebita l'aver voluto l'Accademia di propria iniziativa fare argomento di studio qualche progetto di pubblica pertinenza, alla cui riuscita non pochi di voi si sentivano direttamente interessati.

Ma su questo delicato argomento non mi è lecito di insistere di soverchio e passo alla parte principale della mia Relazione, cioè al lavoro scientifico biennale, separandolo, come feci altra volta, nei tre gruppi seguenti: la clinica medica, la clinica chirurgica, le scienze biologiche.

*Clinica medica.* — Una memoria piena d'interesse pratico e scientifico aprì la serie dei lavori di clinica medica nel biennio, e fu il caso di *Renella pelosa* osservato dal socio Bastianelli ed illustrato dal Maiocchi. Questo rarissimo fatto morboso giunse

opportuno al Maiocchi per eseguire alcune esperienze di chimica microscopica sulle materie coloranti dei peli emessi coll'urina, e contribuì non poco a chiarire le scarse conoscenze intorno alle alterazioni patologiche cromatose. Fu poi la etiogenesi del caso che dette motivo ad una brève, ma dotta discussione sulle cisti dermoidi e sulla inclusione fetale.

Le moderne teorie del parassitismo animale trovarono un valido appoggio in parecchie osservazioni cliniche fatte dal socio Marchiafava sulla *endocardite micotica* e su altri morbi di natura infettiva, e nelle congeneri ricerche del Maiocchi sull'*adenite* e *nefrite micotica*; osservazioni e ricerche che furono convalidate dall'anatomia patologica tanto macroscopica che microscopica, e la cui importanza non isfuggì all'Accademia che ne fece soggetto di discussione ogni volta che si presentò la opportunità. Voi sentiste gli uomini i più competenti in questa materia accampar dubbi e affacciare obiezioni a questa teoria del parassitismo, tanto a ragione vagheggiata da alcuni e da altri non a torto osteggiata, come quella che tende ad invadere l'intero campo della umana patologia.

Le malattie del sistema nervoso non mancarono di arrecare il loro contingente alle nostre esercitazioni cliniche. Citerò a questo proposito il *caso di corea gesticolatoria* ereditaria studiato dal Marchiafava e da me, e che valse ad assodare le osservazioni dei recenti anatomo-patologi; che, cioè, la sede anatomica della corea sia nel cervello e principalmente nei corpi striati. Citerò pure la *tabe spasmodica* di cui voi osservaste per mio mezzo due casi tipici importantissimi, specialmente sotto il rapporto della causa che li produsse, che come rammenterete

fu l'uso prolungato di un pane confezionato in parte con alcune leguminose del genere *Lathyrus*.

Citerò le osservazioni fatte in una delle ultime sedute dal socio Tassi sulle *angioneurosi* e *trofoneurosi*, che tennero dietro ad una ferita dello sciatico; la comunicazione del socio Durante *sulla utilità dell'ergotina e della noce vomica nelle diarree vasomotorie*; quella del socio Gualdi sul caso di *meningite della convessità presentatosi con anomalie di forma*, e l'altra del socio Marchiafava e del dott. Sciamanna sopra un caso di *emianestesia cerebrale emorragica*, in cui rinvennesi, fra le altre lesioni, il rammollimento emorragico della sezione posteriore della capsula interna. Casi di emorragia cerebrale con emianestesia sono abbastanza rari, perchè metta conto di seguirne con diligenza le più minute lesioni e la sede loro, ogni volta che si presenti la occasione. E questo avendo fatto il Marchiafava e lo Sciamanna, recarono un'altra contribuzione clinica in conferma dei recenti fatti sperimentali, i quali attestano che nella sezione posteriore della capsula interna decorre un fascio di fibre sensitive proveniente dal lobo occipitale, e la cui lesione è sempre seguita dall'emianestesia opposta.

Improntate da quello spirito di diligente e minuta osservazione che è il retaggio di una pratica oculata, furono le due comunicazioni del nostro esimio presidente, la prima sulla *febbre ricorrente miasmatica*, che fece seguito a studi anteriori sullo stesso argomento, e la seconda sul *metodo di somministrare i preparati di china, nelle intermittenti ribelli*.

Uno studio italiano recentissimo, l'anchilostomianemia, ebbe nella nostra Accademia, la sanzioni clinica da un caso veramente tipico comunicatoce

dal Marchiafava. La natura parassitaria della malattia del Gottardo, ed altresì la efficacia della cura antiparassitaria, coll'estratto etero di felce maschio, proposta dal prof. Perroncito di Torino, trovarono in questo caso la più valida conferma.

Di pertinenza della medicina clinica furono pure gli studi del medesimo Marchiafava e del Ferraresi sulle *emorragie cerebrali puntiformi*, sulla *glomerulo-nefrite*, sugli *infarcimenti emorragici della milza*, sulla *tubercolosi miliare*, quali manifestazioni anatomiche della infezione palustre tanto acuta che cronica; non che le ricerche del primo sulla *sifilide cardiaca* e che fanno seguito a quelle anteriori sulla *sifilide delle arterie cerebrali*. In queste nuove ricerche l'autore osservò le *gomme del miocardio*, la *endocardite* e la *miocardite interstiziale*, l'*arterite obliterante della coronaria sinistra*. Riguardo a quest'ultima alterazione da lui riscontrata evidentissima in un sifilitico morto per edema acuto polmonale, egli trae argomento per aderire alla teoria del Samuelson e del Welch; che la causa efficiente dell'edema polmonale dipenda dal diminuito afflusso di sangue per la coronaria sinistra, e dall'indebolimento che ne segue nella forza contrattile del ventricolo omonimo.

*Clinica chirurgica.* — Malgrado lavori di tanta importanza, non può dirsi però che la clinica medica sia stata largamente rappresentata nelle nostre conferenze. Non fu altrettanto della chirurgica, la quale, come per l'addietro, ci fornì sempre copia abbondante di lavori.

La ragione di questo fatto, a mio avviso, deve attribuirsi in parte alle tendenze del tutto positive

degli odierni studi medici. È meno frequente il caso che un medico possa trovarsi nel completo possesso di fatti che abbiano avuta la sanzione e della chimica organica e della fisica e della anatomia patologica tanto microscopica che macroscopica, in guisa da togliere di mezzo tutto ciò che è parte ipotetica, ancorchè derivante dalla più sana induzione. Da ciò la peritanza in molti di esporre fatti ed osservazioni isolate e non in rapporto con una serie di studi propri; fatti ed osservazioni da cui la pratica trarrà molto probabilmente non poco profitto, ma la scienza positiva non ne sorte che mediocrementemente confortata.

Per converso in chirurgia il semplice fatto rappresenta sovente per se solo tutto il processo mentale scientifico-pratico, e soddisfa meglio a quella brama altrettanto inesauribile, quanto inesaurita della umana intelligenza che potrebbe tradursi in questa frase: *veder tutto, rendersi ragione di tutto*.

Per amore di brevità io non starò a ricordarvi ogni e singola tesi chirurgica trattata durante il biennio, e mi limiterò soltanto a quelle cui l'Accademia sembrò attribuire una maggiore importanza.

Un argomento tramandatoci per così dire in re-taglio dal penultimo biennio fu quello della plastica dell'occhio e che venne abilmente discusso tra i soci Mazzoni e Businelli. Il primo aveva già sostenuto la preferenza da darsi alla *tarsorafia sulla blefaroplastica*; il secondo invece prediligeva questa a quella. In sostegno della propria opinione ciascuno recò fatti eloquentissimi che l'Accademia potè seguire dal principio alla fine, e che valsero a confermar tutti nella opinione, che la riuscita di alcune operazioni più che nella scelta del processo da seguirsi è riposta nella abilità dell'operatore.

A questo ramo della chirurgia riparatrice appartengono pure le due plastiche mirabilmente riuscite del labbro inferiore distrutto da vasto epitelioma; una delle quali eseguita con uno speciale processo dal socio Mazzoni, e l'altra dal socio Tassi.

Un secondo argomento, che fu poi motivo di una viva discussione tra i soci Pasquali e Piermarini, ci venne pure trasmesso dall'altro biennio e fu il *caso di gravidanza in utero retroflesso*. Voi ricorderete, senza dubbio, le particolarità di quel caso narrateci dal Pasquali, e le obiezioni delle quali il Piermarini credette passibili alcune delle osservazioni e delle pratiche ostetriche eseguite in quella circostanza.

A proposito di che mi limiterò ad una riflessione ed è; che pur troppo nella nostra scienza i fatti che sembrano i meglio osservati possono ricevere interpretazioni assai diverse e talora anco contraddittorie.

Comunicazioni e letture di grande interesse per la scienza e per la pratica furono:

1° *Il nuovo processo operativo per la estirpazione della lingua*; del socio Durante, il quale, preoccupandosi soprattutto delle difficoltà di frenare le emorragie eventuali delle arterie linguali, sostituì al taglio classico lungo il margine mascellare, una vasta incisione parallela all'orlo superiore dello joido, col doppio scopo e di scoprire ampiamente le arterie linguali e la lingua sino al suo attacco nello joido.

2° Il caso narratoci dal socio Tassi di *pielonefrite calcolosa con ascesso perineale*, seguito da guarigione dopo la nefrotomia e la estrazione di un grosso calcolo della pelvi.

3° Gli studi del socio Bertini sulla *discissione*



*sottocutanea nell'idrocele cronico; quelli del socio Maiocchi sulla protesi meccanica come mezzo curativo nella sifilide del palato; quelli del socio Filippo Scalzi sulle ferite dell'arteria femorale, quelli del socio Occhini sulla frattura della rotula ecc.*

Dotte ed importanti osservazioni furono fatte a proposito della presentazione di malati od operati negli occhi o negli orecchi e soprattutto in occasione di alcuni gravissimi casi di *artropatia*.

Io già avvertiva in altro mio rendiconto, parlando di queste ultime affezioni, che una tendenza verso la chirurgia conservatrice si andava manifestando tra i nostri più arditi operatori, e mal non mi opposi imperocchè nel decorso biennio una tale tendenza si determinò con una certa stabilità di convinzione.

È cosa evidente che la pratica fattasi ormai comune delle resezioni sottoperiostee e del vuotamento delle ossa lunghe, attaccate da osteomielite, ha risparmiato da un ventennio a questa parte molti arti umani che pel passato sarebbero stati condannati all'amputazione. Di un tale risultato il merito va attribuito in gran parte all'avere la fisiopatologia, per mezzo della sperimentazione, chiarite meglio le varie funzioni degli elementi istologici del sistema osseo, ed al suggello dato a quegli esperimenti dagli anatomici-patologi, tra cui figura il nostro socio Marchiafava che, con due splendide osservazioni anatomo-patologiche, fece manifesta l'*attività emopoietica del midollo delle ossa*.

Furono messi in evidenza ed illustrati dalla discussione alcuni punti controversi di patologia chirurgica come sono la *riproducibilità degl'innesti dermici, le vie di diffusione dei sarcomi, le condizioni anatomiche del cistovario* in rapporto alla

sua guaribilità e modo di curarlo. La discussione del primo argomento fu motivato dal socio Businelli allorchè parlò di una vasta piaga alla regione orbitale e frontale; il socio Tassi, narrandoci un caso di riproduzione di un sarcoma per la via dei linfatici, fornì materia di discussione al secondo punto; ed una relazione del socio Pasquali, sulla guarigione spontanea di una cisti dell'ovario in donna gravida, comunicatoci dal Dottor Zagiell di Wilna, fu il punto di partenza della terza discussione.

A tutti questi lavori dobbiamo aggiungere la presentazione di operati delle più ardue e brillanti operazioni, alle quali specialmente il professore della clinica chirurgica ci ha abituati ad assistere senza meraviglia, tanta è omai indiscutibile per noi la sua valentia nell'operare. Noterò fra le tante la *fistola jo-tiroidea*, guarita mercè la giudiziosa modificazione del processo ordinario, la *gravissima osteomielite fungosa della tibia* felicemente operata col vuotamento, la *estirpazione di un cisto-misso-sarcoma dell'ovajo*, l'*asportazione del corpo dell'utero estroflesso*, ecc.

*Scienze biologiche.* — Dalla medicina e chirurgia pratica passando ad argomenti più generali delle scienze biologiche, farò menzione in prima dei lavori critici e sperimentali del socio Maggiorani sulla *metalloscopia* e sui fenomeni della *interferenza nervosa* prodotti dalle vibrazioni sonore. L'autore in due comunicazioni anteriori escluse già col semplice argomento analogico in prima, quindi colla sperimentazione, l'intervento delle correnti elettriche nei fenomeni metalloscopici. Trovati due sussidiari potenti ai suoi studi sulla magnete nei professori Charcot di Parigi

e Tamburini di Reggio-Emilia, egli non si peritò di concludere in seguito per la medesimezza dei fenomeni metalloscopici coi magnetici e per la identità della causa produttrice dei medesimi; il *magnetismo*.

Negli studi posteriori, che son quelli del decorso biennio, il Maggiorani volle sollevare la questione ad un punto anche più generale delle dottrine fisiche, attribuendo cioè, collo Schiff, alla dinamica molecolare i fenomeni della metalloscopia. Voi rammenterete la serie di esperienze da lui fatte mediante il diapason unito alla cassa armonica, in prima sulle isteriche, quindi sui sordo-muti. A niuno di voi sarà sfuggito con quanta precisione di osservazione e con quanta sapienza di critica egli, considerando la proprietà che hanno i metalli, la magnete e le vibrazioni sonore di elidersi scambievolmente, seppe trarre la conseguenza della identità della interferenza fisica colla fisiologica; e come questo punto di dottrina abbia dato occasione alle osservazioni del prof. Galassi riguardo l'applicazione della musica alla medicina, ed alle obbiezioni del prof. De Rossi tendenti a provare la non identità delle dette interferenze.

Tesi biologiche importanti furono anche: *I cambiamenti di forma dell'acido urico per l'azione della glicerina*; *le ricerche sull'epitelio retinico del labroidi*, ambedue trattate dal socio Colasanti, e le esperienze microscopiche eseguite dal socio Maiocchi *sul sangue dei pellagrosi* e sulla *farina del mais guasto* e dalle quali risultò la presenza in ambedue delle medesime forme batteriache.

Debbo anche segnalare alla vostra attenzione quegli argomenti di pubblica igiene, che per la loro gravità o ebbero un'eco al di fuori del circolo acca-

demico o determinarono, entro i limiti di esso, deliberazioni e studi che onorano grandemente la nostra Società.

Allorquando il nostro egregio Presidente ricordò all'Accademia le poco propizie condizioni in cui versano quegli individui che, attaccati da idrofobia, vengono trasferiti nei nostri ospedali, e la stimolò a farsi promotrice di seri provvedimenti, voi foste unanimi nel nominare nel vostro seno una Commissione permanente per lo studio e cura dell'idrofobia, e questa Commissione, datasi un regolamento e messasi in relazione colle autorità ospitaliere, voi la vedeste già all'opera con profitto se non della terapia di questo morbo fatale, almeno dell'anatomia patologica. Voi aveste anche la soddisfazione di apprendere, in una delle ultime sedute, che il Ministro dell'Interno deferì a questa Commissione il giudizio su alcuni documenti riguardanti uno specifico contro la idrofobia, nella guisa medesima che l'Accademia le deferì quello sulla comunicazione del socio Piermarini intitolata: *Tentativi possibili per prevenire e curare la idrofobia*.

Fu pure un argomento igienico trattato dal socio Lanzi e intitolato: *Le malattie diffusive e gli ospedali di Roma*, che trasse entro l'orbita di azione della nostra Accademia alcune autorità governative e comunali, inducendole ad adottare alcuni provvedimenti da voi consigliati riguardo al vaiuolo.

Questo argomento suggerì, come sapete, al socio Pantaleoni la idea di mettere sul tappeto dell'Accademia una questione di tanta importanza per la città di Roma, qual'è quella degli ospedali, e dalla quale sorse, come necessaria conseguenza, quella del Policlinico e che occupò parecchie delle nostre sedute.

Se si riflette che fanno parte di questa Accademia tutti i membri della Facoltà medica, non recherà certo meraviglia vedendo che la questione del Policlino sia stata quella che durante il biennio abbia destato il massimo interesse, specialmente di quelli tra voi che sono preposti a un qualche insegnamento clinico.

Non vi fu mai esempio di sedute tanto frequentate dai soci quanto quelle in cui si posò la discussione del Policlinico. Voi approvaste, non ha guari, una Relazione della Commissione da voi nominata per lo studio di questo argomento, e l'approvaste con tanta unanimità, da far fede che la detta Relazione abbia messo in luce i punti più importanti della questione, i quali del resto sono in perfetto accordo colle idee del Ministro della Pubblica Istruzione che fu l'ispiratore del progetto di un Policlinico in Roma.

Quali che siano i risultati pratici attendibili dai vostri studi e dalle vostre discussioni, all'Accademia basta la soddisfazione d'avere adempiuto al proprio dovere nei limiti che le concede lo Statuto.

*La meteorologia medica della città di Roma e la salubrità relativa delle varie regioni urbane, abilmente trattate dal socio Francesco Scalzi; le zone acquifere del bacino di Roma in rapporto all'igiene della città e campagna, con molta competenza svolte dal socio Terrigi, son dessi argomenti di pubblica igiene che, unitamente ai suddetti e a quelli anteriormente trattati dall'Accademia sul clima di Roma, costituiscono quella serie di studi sulla igiene della città, de' quali l'Accademia si occupò sempre con particolare predilezione*

Non mancò di far parte dei nostri trattenimenti

accademici qualche lavoro di medica erudizione come quello del socio Pinto su *Alfonso Borelli e la medicina jatro-meccanica in Italia nel secolo XVII*; e l'altra del socio Incoronato: *Osservazioni anatomiche su alcuni scheletri e crani umani rinvenuti nelle escavazioni dell'Esquilino*.

Andiamo finalmente debitori ai soci Ratti, Panta-leoni e Mazzoni, cui l'Accademia delegò la propria rappresentanza alle varie riunioni mediche internazionali, se noi potemmo avere esatte e preziose notizie e del Congresso d'igiene tenutosi a Milano, e di quello medico ch'ebbe luogo non ha guari a Londra. I nostri egregi colleghi adempirono assai degnamente al loro mandato e di questo l'Accademia deve loro molta lode e riconoscenza.

Terminato così il compito mio di accennare sommariamente ai nostri principali lavori scientifici, mi corre altresì l'obbligo di rammentarvi che non pochi de' nostri colleghi, benchè non appartenenti all'Accademia, credettero nonostante sottoporre al suo giudizio e manoscritti e comunicazioni sopra materie, o trovati scientifici ai quali voi consacrate alcuna parte di tempo delle vostre sedute. Tra questi manoscritti figurano principalmente quello del Capranica sulle *Nuove reazioni dei pigmenti biliari*; quello del Dottor Tommasi di Firenze: *Sul ferro dializzato*; quelli del Dottor Gaetano Mazzoni intitolati: *Studio anatomico-clinico dei neoplasmi*, e *caso di vaginalite fibrinosa*, e l'altro del Dottor Tito Piermarini *Sulle acque termo-minerali di Civitavecchia*.

L'invio di questi lavori come pure le varie comunicazioni di trovati e di metodi curativi novelli stanno a testimoni della stima che altrove si professa per

la nostra Accademia. Della qual cosa se non v' ha motivo d'inorgogliare; v' ha però ragione sufficiente per rimanerne soddisfatti.

Collegli onorevolissimi! Due cose anzitutto preoccupano la mente di chi ha una meta di raggiungere. Quanta è la strada percorsa, quanto quella che gli rimane ancora a percorrere. Posto che io abbia soddisfatto alla prima delle due domande, a voi il giudizio su quello che ci resta a fare prima di giungere alla nostra meta, che per noi si traduce in queste due cose principalmente: operosità scientifica conforme ai progressi della odierna medicina; maggiore perfezione possibile della nostra organizzazione accademica.

Il socio TASSI comunica un *caso di assorbimento venefico di acido carbolico in un empiema operato*:

Il riassorbimento dell'acido fenico, in grado venefico, dalle cavità sierose è ormai conosciuto da tutti i pratici; ma non è così ovvio il fatto, che ciò abbia luogo per semplici lavande fenicate nella cura degli empiemi. Egli è perciò che ho creduto importante il comunicarne a voi un caso, che spero troverete degno della vostra attenzione.

Or fa un anno, una robusta bambina della signora N. N. fu colta da pleurite reumatica acuta sinistra, la quale, non ostante le cure più razionali, dopo due settimane ebbe per esito un copioso essudato sieropurulento, che la mise in grave pericolo di vita.

Chiamato io più volte in consulto dai colleghi dottori Blasi e Della Seta, e riconosciuto con segni fisici una raccolta a forma di vero empiema, punsi il petto nella linea parascellare fra il settimo spazio intercostale, ed estrassi al vuoto, con un aspiratore,

circa 300 grammi di siero purulento; tolsi la cannula e chiusi la ferita.

Poche ore dopo l'operazione la bambina si riebbe alquanto. La febbre che d'ordinario l'assaliva giornalmente a 40°, diminuì di grado, per cessare dopo il terzo giorno; così eziandio avvenne della dispnea e degli altri sintomi gravi. Siffatto miglioramento però fu poco duraturo, chè all'ottavo giorno riapparvero i segni di nuova raccolta, la quale, dopo pochi giorni, giunse al grado da mettere in forse la esistenza della piccola inferma. Di guisa che venne stabilito, con gli altri colleghi, di ripetere l'operazione quantunque le condizioni della bambina fossero assai più gravi.

Con l'aiuto del dott. Marchiafava eseguii la puntura con grosso trequarti nell'ottavo spazio intercostale sulla riunione dei due terzi posteriori, facendo rasentare dal basso in alto, sul versante laterale posteriore diaframmatico, il trequarti. In tal guisa potei facilitare la uscita d'un liquido purulento fetido e denso. E poichè la parte più densa dell'esudato non usciva neppure con l'aspiratore; allora fui costretto di sbrigliare la ferita per circa 3 centimetri, ed applicai un grosso tubo elastico, e potei estrarre oltre 400 grammi di pus. Dopo di che feci delle irrigazioni d'una soluzione di solfato di soda e praticai la medicatura asettica.

Per qualche giorno il miglioramento generale fu molto desiderato, la febbre era ancora alta, e la suppurazione abbondante ed alterata; per la qual cosa, alla cura ricostituente ed ai sali di china, si aggiunsero le interne lavande fenicate. Le prime furono dell'un per cento, e dopo pochi giorni si portarono al due e mezzo per cento, allungandole un poco con acqua calda.



Se da un punto codesta cura arrecava un reale miglioramento progressivo locale e generale, dall'altra però di tanto in tanto dava dei segni d'assorbimento carbolico, e furono assai manifesti e gravi allorquando la sua dose fu portata al 2 per cento, e quando la cavità pleuritica si era spogliata di molti essudati. Per due volte tali sintomi assunsero il carattere d'un vero avvelenamento carbolico; cioè malessere, inappetenza, conati al vomito, grande abbattimento e pallore; poi agitazione, difficoltà di respiro, abbassamento di temperatura, brividi di freddo; quindi una generale reazione con febbre alta. Siffatti segni duravano d'ordinario dalle 18 alle 30 ore. Dopo ciò le urine addivenivano torbide, filanti, colore piombo oscuro; contenenti molti cloruri, tracce di emazie e di albumina che si riferivano a congestione renale.

Gli eccitanti ed i sali di china, non che la sospensione d'ogni medicatura fenicata facevano dissipare codesto quadro fenomenico.

Dopo qualche settimana la madre della bambina volle eseguire per due o tre giorni le interne lavande fenicate, e si riebbero gli stessi sintomi. Chiamato io per osservare la ripetizione degli accennati fenomeni, mi convinsi sempre più, che, trattandosi d'una superficie granulante l'assorbimento doveva essere più agevole e più grave per un piccolo organismo. D'allora in poi furono del tutto cessate le medicature fenicate; e furono eseguite quelle con soluzione di nitrato d'argento. S'incominciarono alla proporzione dell'un per cento, e furono elevate fino al dieci per cento, praticate ogni tre giorni. Le quali, eseguite, per circa due mesi, diedero una completa e stabile guarigione, ed in brevissimo tempo. Ora la bambina

gode perfetta salute e la cavità pleurica, come il polmone, hanno riacquistato la loro normale funzione.

Altro caso di avvelenamento carbolicò fu osservato da me e dal mio amico, prof. Mazzoni, nell'estate scorso all'ospedale di S. Tommaso di Londra. Trattavasi pure di empiema in una bambina, e vi erano state praticate della lavande carboliche, che recarono fenomeni d'intossicamento.

Dalle accennate osservazioni si apprende, che le lavande nelle cavità, anche a debole proporzione, come all'un per cento, possono dar luogo a fenomeni di assorbimento carbolicò e talora in grado venefico, quando specialmente rimane in cavità un poco di liquido, e quando havvi un processo di granulazione.

Il socio MAZZONI: Oltre il caso narrato dal Tassi e l'altro osservato a Londra, ambedue avvenuti in soggetti di tenera età, io stesso ho dovuto convincermi che l'avvelenamento in parola presenta il massimo pericolo nei soggetti giovani e tanto più se sono di gracile costituzione.

Il socio FEDELI: Ricorderà l'Accademia avere già io comunicato che lo stesso Lister si preoccupò degli accidenti gravi avvenuti in seguito all'assorbimento dell'acido carbolicò, ed essere venuto perciò nella determinazione di sostituire a questo la tintura di *eucalyptus globulus*. Questi nuovi fatti giustificano dunque pienamente le apprensioni del Lister, che oggi sono con lui divise giustamente da molti altri chirurghi operatori.

Il Socio BERTINI legge a nome del Socio MAIocchi

la seguente comunicazione: *Sulla etiologia del favo, vespaio (antrace) - Ricerche micologiche.*

Ho l'onore di comunicarvi alcune ricerche *mico-logiche* istituite nel *favo o vespaio*, dirette a spiegare i fatti più culminanti che avvengono nello sviluppo di esso. Nei limiti di una breve comunicazione preventiva, ne riferirò le conclusioni principali a cui sono giunto, riserbandomi in seguito di dare più larga esposizione alle mie ricerche.

1° *Nel favo o vespaio* si trovano tutti i caratteri di una malattia *micotica* prodotta da uno *schizomiceto* di forma granulare, costituito da minimi granuli ora isolati (*monococcus*) ora riuniti in due (*diplococcus*) ovvero anche formanti corti *rosari*: desso si trova nel pus, nel cencio necrotico, e nelle parti del piccolo cavo ascessoidale. Studiando il favo nei punti ove il processo è nel suo inizio, si notano i seguenti fatti: nella spessezza del corion si osserva l'invasione di numerosi *micrococchi*, disposti in linee, o in masse a guisa di zooglee, o in lunghe falangi, che mediante la colorazione col *bleu di genziana*, si mettono assai bene in evidenza: in questo punto il connettivo del corion è infiltrato da elementi giovani che, quà e là formano piccoli focolai. Ma non basta: in alcuni punti si vedono anche gli spazi linfatici infiltrati da masse di micrococchi, e di più il connettivo che circonda i lobuli di grasso è tutto invaso da microrganismi, mentre le cellule grasse sono nella massima parte scomparse lasciando dei vacui. Da ultimo nei tagli ove il processo è alquanto più avanzato si scorge già la formazione del cencio necrotico, costituito da un zaffo di tessuto connettivo assai splendente per lo stato edematoso, il quale

è limitato tutt'attorno da una fitta zona di micrococchi, formante una specie di anello che strozza il connettivo. Attorno a questa zona micotica, tanto nel limite esterno, che interno, si osserva un infiltramento infiammatorio *reattivo*.

2° Dal sopra esposto reperto microscopico si deducono i seguenti fatti: *a)* l'infiltramento infiammatorio che si scorge primitivamente nel corion deve considerarsi come un fatto di reazione infiammatoria: *b)* la necrosi del connettivo (*cencio necrotico*) non è più d'attribuirsi al semplice fatto dello strozzamento del connettivo, in seguito dell'edema e dell'infiltramento infiammatorio, ma invece deve riferire all'azione *necrogenica* esercitata dagli *schizomiceti* che in forma di un alone circondano un pezzo di tessuto e più tardi lo fanno cadere mortificato: *c)* I fenomeni infettivi piosetticoemici sarebbero spiegati dall'infiltrarsi sempre progressivo dei microrganismi e dall'invasione di essi nei linfatici.

3° Un'altra osservazione importante che si deduce dalle ricerche micologiche, riguarda la terapia del favo. L'esperienza clinica aveva già constatato che nel periodo *necrotico* del favo riescono assai dannose le incisioni (Palasciano, Mazzoni) per l'aumento dei fenomeni infettivi. Ora le sopradescritte ricerche micologiche darebbero una spiegazione esatta di questa grave successione morbosa: in quanto che le incisioni dei tessuti sulla chiazza del favo, o in vicinanza di essa, aprirebbero, col taglio dei vasi, una via più facile all'invasione dei microrganismi, e quindi renderebbero più celeri i fenomeni infettivi piosetticoemici. Invece l'applicazione topica dei caustici, come dimostrarono il Palasciano ed il Mazzoni, limiterebbe gli effetti necrotici nella località,

e impedirebbe il trasporto di materiali settici nell'organismo.

4° Da ultimo anche il quadro clinico del favo si accorderebbe con la natura micotica di esso. Difatti la forma a chiazze rotondeggianti del favo - il dilatarsi di esso a zone eccentriche - la tendenza alle necrosi multiple e progressive - il corso ciclico regolare di esso (stadio *congestivo*, *suppurativo*, *necrotico* « Mazzoni ») - l'accompagnamento di fenomeni infettivi piosetticoemici non proporzionati alla quantità del processo locale - il dominare di esso (qualche rara volta) sotto forma epidemica - e da ultimo (come ha dimostrato il Draston) la contagiosità verificatasi accidentalmente in più casi, ci fanno ritenere la detta malattia, come quella fornita di tutti i caratteri spettanti alle forme micotiche.

Il socio MAZZONI: Queste ricerche del Maiocchi sono di una importanza grandissima. Più volte io ho dovuto domandare a me stesso la spiegazione dei fatti clinici singolarissimi che si verificano nel favo e che il Maiocchi ha molto opportunamente accennati. Spesso ho dovuto assistere con meraviglia al sopraggiungere di fenomeni generali gravissimi non in relazione colla limitazione del processo locale, e ciò in seguito alle incisioni; e per contrario ho dovuto convincermi dei vantaggi solleciti che si ottengono dal caustico. Secondo me gli studi del Maiocchi danno una chiara spiegazione a questi fatti, e per mia parte io sono lieto di accettarli completamente.

La seduta si scioglie alle 2 e mezza pom.

Il Segretario

Dott. C. BRUNELLI

Il Presidente

PROF. L. GALASSI.

## OPERE INVIATE ALL'ACCADEMIA

---

La sanità e la malattia: Prolusione per l'anno scolastico 1881-82: del Prof. *Giovanni Franceschi*.

Ulteriori studi clinico-sperimentali sull'azione depressiva vasale dell'ipocacuana somministrata ad alta dose nelle pneumoniti franche; del Prof. *Ferdinando Verardini*.

Contributo alla diagnosi e alla cura delle peritoniti saccate; del Dott. *Gisberto Ferretti*.

Adenoma tubulato del fegato; dei Dott. *Brigidi e Banti*

Alterazione del simpatico nella nefrite parenchimatosa: del Dott. *Banti*.

Contributo allo studio delle anemie progressive, del medesimo.

Studio anatomo-patologico sull'ipertrofia generale delle mammelle, del medesimo.

Sulla teoria della doppia trasmissione: Risposta alle considerazioni critiche del Prof. L. Luciani fatta dal Prof. *M. Panizza*.

Relazione al Ministro della P. I. sullo stato e progresso degli studi di Ostetricia e ginecologia all'estero; del Dott. *V. Maggioli*.

Un caso di retroversione di utero gravido e parto prematuro artificiale etc. del medesimo.

Prelezione al corso libero di ostetricia teorico-pratica del medesimo.

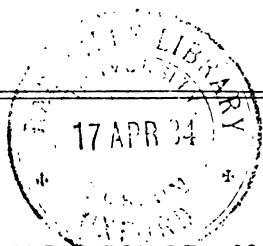
Due pelvi con deformazione rara per mancanza congenita della sinfisi pubica e diastasi delle ossa relative; del medesimo.

Sul forcipe novello del Prof. *Tarnier*: Memoria critica del medesimo.

Indicazioni e controindicazioni della segala cornuta avanti e dopo il parto, del medesimo.

Sull'indirizzo alla diagnostica delle malattie delle donne, del medesimo.

---



## SEDUTA ORDINARIA DEL 26 FEBBRAIO 1882

PRESIDENZA DEL PROF. LUIGI GALASSI

**SOMMARIO.** — Comunicazioni della Presidenza. — Presentazione di malati e di preparazioni anatomiche: **Mazzoni**, **Piermarini**. — Commemorazione funebre del socio ordinario Cardona: **Piermarini**. — Sopra due esiti rari della pneumonite fibrinosa acuta: **Marchiafava**. — Del micrococco dello gonorrea: **Marchiafava** (osservazioni **Businelli**). — Libri inviati all'Accademia.

Il processo verbale dell'antecedente adunanza ordinaria è letto ed approvato.

Il **SEGRETARIO** presenta le opere inviate in omaggio all'Accademia (v. in fine della seduta).

Il **PRESIDENTE**: Nell'annunziarvi oggi ufficialmente la morte del nostro socio ordinario, il prof. Gaetano Valeri, adempio ad un incarico per me doppiamente doloroso, perchè legato a questo nobile e compianto collega da un'amicizia la più intima; sino dalla età in cui il sentimento dei rapporti amichevoli lascia nell'animo nostro le più profonde e care impressioni. Io non istarò a ricordarvi le doti scientifiche e le virtù civili dell'uomo, del quale noi tutti deploriamo amaramente la inattesa fine; molti di voi sentiste



non è guari le nobili ed affettuose parole pronunziate in elogio dell'estinto dal nostro Vice-presidente, il prof. Mazzoni, il giorno in cui ebbero luogo le onoranze funebri. Io mi limiterò a far voti perchè una vita che, come quella del Valeri, fu spesa a sollievo della umanità ed al progresso della scienza, serva d'esempio ai superstiti.

Il socio FEDELI: Avrei volontieri assunto l'incarico di fare la necrologia del prof. Valeri nella prossima seduta; ma fu chi mi prevenne nella domanda, ed egli soddisferà meglio di me al nobile mandato. La morte del Valeri contristò profondamente la intera classe medica di Roma, e questo fatto è il più eloquente degli elogi che possa farsi sulla tomba del nostro compianto collega.

Il PRESIDENTE annunzia che il socio Pantaleoni si è assunto il mandato di fare la funebre commemorazione del prof. Valeri nella prossima seduta ordinaria.

### **Presentazione di malati e pezzi anatomici.**

Il socio MAZZONI presenta, illustrandoli, due operati: uno di *Rinoplastica parziale per epitelioma al dorso del naso*, e nel quale lo splendido risultato fu ottenuto col metodo di Antillo; l'altro di *Anchilosi angolare del femore sinistro per deformità coxalgica apparente*, guarito mediante la circonduzione di Galeno.

Il socio PIERMARINI: Mi è grato poter presentare

all'Accademia il preparato di un aborto embrionale, perchè la storia che lo accompagna, può, a mio avviso, stimolare a riflessioni utili. Una nobile signora, ancor fresca negli anni, ebbe nei primi quindici mesi di matrimonio, gravidanza, parto, puerperio, allattamento normali.

Ebbè quindi senza cagione procurata, od accidentale, un primo aborto embrionale simile a quello che ora corre per le vostre mani. Con intervallo normale ebbe l'attuale secondo aborto, e della precisa medesima epoca del primo. Credo che come questo accidente, così altri molti simili, di aborto ripetuto in epoca costante, non abbiano occupato energicamente gli studiosi di fatti clinici.

Se la medesima signora non mi sfuggirà, avendo essa dimora variata tra Roma e Firenze, e se alcuni miei criteri sulla causa tutta speciale dell'aborto ripetuto ad epoca fissa non andranno falliti, spero narrarvi tutta la mia condotta sulla diagnosi, cura ed esito del caso che ho a mio pensiero e studio.

### **Lecture e Comunicazioni**

Il socio **PIERMARINI** dà lettura della seguente commemorazione funebre in onore del socio ordinario **Filippo Cardona**.

Nobile avviso e giustissima legge sono contenuti nell'articolo 16 dello Statuto accademico, *doversi fare onorevole menzione dei Soci defunti*; la qual cosa, mentre compie un debito di compagnevole amicizia, può bene spesso recare alcun vantaggio alla scienza del cui amore viviamo. Noi facciamo pro' a

noi medesimi onorando i morti colleghi, molti dei quali celarono grandi virtù sotto il velo della modestia, e di molte azioni generose e magnanime non cercarono altra lode nè premio che la coscienza. Questa considerazione mi fa animo a sostenere il carico affidatomi dal nostro Presidente, di richiamare alla vostra mente il defunto socio ordinario Filippo Cardona: il quale, se altri non ne facesse parola, avrebbe chiusi nella tomba con se innumerabili atti di annegazione, e di puro e sincero amor della Patria. È dunque conseguenza naturalissima della vostra legge che siasi posta qualche cura a raggranellare di lui ogni buona e cara ricordanza, ammaestramento a molti, e nobile orgoglio per la classe cui appartenne.

Dai coniugi Conte Cav. Gaetano Cardona di Fermo, notissimo letterato, professore di matematiche, diligente annotatore dell'Alighieri, e ne pubblicò un saggio bene accolto dai dotti, e dalla nobil Donna Chiara Garofoli romana, ebbe i natali in Fermo, Filippo, il 19 aprile 1825. Fece suoi studi preliminari in patria. In Roma iniziò e compì con molta lode studi filosofici; e la buona riuscita fatta precedentemente nella lingua del Lazio lo mantenne nella reputazione di colto latinista tra condiscipoli. Datosi agli studi superiori in Roma stessa, faticò nelle scuole, e nei libri della scienza salutare, e nel secondo anno di quel tirocinio ebbe, ad esordio di maggiori traversie future, alcuni mesi di prigionia severa per causa politica, e così, venuto in sospetto ai rettori della città, ricoverò nell'università di Camerino ove ci conoscemmo. Ecco dunque un periodo della vita del Cardona del quale io stesso sono testimonia, e raccontatore. Amò conoscere l'intera sco-

laresca con passi prudenti: legò amicizia con pochi, ed in ogni passo, in ogni luogo pareva che si rammentasse del *Guarda com'entri e di cui ti fide*. Serio di carattere e pensieroso sempre, aveva tra i più opinione di giovane superbo: chi più da presso lo conoscesse ed avesse con lui legata amicizia, ammirava l'animo retto, generoso, umilissimo e ne traeva non pochi insegnamenti e ricordi utili di storia sacra e civile. Dante e la Bibbia erano rinchiusi nella sua mente con mirabile accordo, e spesso nel conversare ne pronunciava motti, o sentenze adatte ai ragionamenti, alle opere, alle notizie del giorno, alle vicende tutte della vita: ebbi perciò in lui un condiscipolo venerato, amato, e tenuto ad esempio per la condotta savissima, per la ripugnanza al turpiloquio, per l'amore agli studi severi. E come nella vita universitaria così in quella dell'esercizio clinico, il trattar col Cardona richiedeva per parte dei più una moderazione di carattere; con esso occorreva per forza esser savio, serio, corretto; requisiti ch'egli sapeva imporre anche agli amici col suo esempio perenne. A qualunque lagnanza sui fatti degli uomini e della società egli sapeva trovar sempre ragioni di più miti giudizi. Esempio della più rara longanimità! Or sono alcuni anni, stretto da ogni lato da imprecazioni contro gli uomini che reggevano la cosa pubblica, e contro i rappresentanti della nazione, esausta ogni parola di difesa, e fatto inutile invito al più calmo apprezzamento degli uomini e delle cose, pronunciò con nobil sdegno queste parole: *Sia pure in parte giusta la vostra lagnanza, ma non la tenete generalizzata, e non la rendete turpe col disperare di più lieto avvenire; e se vi paresse mai che realmente gli uomini attuali non siano nè tutti giusti,*

*nè tutti capaci, si riformeranno, e saranno surrogati dai migliori, ma frattanto gioite di due grandi beni che la patria possiede, la dinastia regnante, e l'esercito, i raggi più luminosi della stella d'Italia.* Ma torniamo ai suoi studi. Appena un poco scemata l'ira dei tempi, rientrò nella sua cara Roma, da cui avea dovuto esulare. Qui compiva gli studi teorico-pratici, ed appena avuto posto, per concorso, nella famiglia sanitaria degli ospedali, alla prima occasione mostrò quale amore portasse all'umanità, accettando la carica di medico assistente nei lazzeretti colerici 1854-55, ed assai spesso solea affermare che l'animo suo durante quel servizio pericoloso, era continuamente pasciuto da una compiacenza tutta nuova, perchè quel collocamento di lotta incessante colla morte, e di frequente umiliazione per la propria impotenza, al salvamento altrui, era il tirocinio prezioso educativo del giovane medico; era la posizione naturale di chi non si faceva medico per essere un mercenario, ma per mostrarsi vero sacerdote dell'umanità inferma. Servì il lazzeretto sino a contagio finito, e ne ebbe medaglia d'oro di benemerenza. Ma quale periodo della vita di Filippo non ebbe spine? Nessuno! Chè anzi l'intera vita di lui fu atroce storia di lunghi affanni. Difatti mostratosi sempre propenso agli studi frenologici con vera gioia entrava medico assistente nell'anno 1856 nell'ospizio degli alienati. Si trovava direttore un vero tipo di annegazione, di dottrina, di sventurata onestà, di operosità instancabile, Giovanni Gualandi da Bologna.

Non fu tutta fortuna pel Cardona avere a maestro, ed amico chi fortemente gli ribadisse nell'animo la fermezza di propositi, la persuasione tenace di combat-

tere sempre a petto nudo contro l'ignoranza, e l'errore, la prepotenza, e l'abuso.

Quel Direttore non si limitò a svellere le catene dalle sale, a distruggere le discipline, ed il bastone, come argomenti terapeutici, ma travolse a forma razionale scientifica tutto; sostenne da eroe la guerra che per quelle riforme gli venne mossa: la direzione suprema medica dei Manicomi era l'argomento sacro che il dovere gl'imponeva di sostenere: inflessibile alle voci autorevoli, si mantenne sempre l'impavido guerriero della santa causa dell'umanità, e della scienza. Ebbene, il nostro Cardona ammaestrato a quellascuola pratica che andava concorde all'animo suo, divenne presto un altro di più da perseguitarsi, e così, durante l'assistentato nel Manicomio, il Cardona col Gualandi fu complicato in processo straziante. Risparmio volentieri a voi ed a me stesso i particolari di tanto cordoglio di lui, che anche dopo giudizio d'innocenza ebbe il nostro amico conservato l'aspetto macilente, ed anzi tempo rugoso. In quelle condizioni d'animo e di salute il generoso Gualandi gli procacciò divagamento ed un lucro onorevole preferendolo al Console Sardo come compagnia e sorveglianza medica della moglie di lui alienata, che dovea ricondursi nel Brasile, di lei patria. In quel viaggio, Filippo prima di rientrare in Italia, oltre l'America visitò l'Europa, meno la Svezia e la Russia, si condusse pure in gran parte dell'Oriente compresi l'Egitto e la Barberia. Anche in altre epoche calcò il suolo straniero giacchè quattro volte fu in Francia. In simili peregrinazioni non lasciò perduto il tempo: fece tesoro di ogni sensazione ricevuta, di ogni novità rilevata in quelle regioni lontane, e ne fece pubblicazioni relative, ponendo a prima cura il

descrivere gli asili dei pazzi visitati in Europa ed in America, e ricco opuscolo scrisse sulla Palestina.

Dal 1862 al 64 fu Direttore del manicomio di Ancona. Nel 1868 fino al 70 lo fu in quello di Pesaro. Per buona fede persuaso della stabilità di quel collocamento, il 25 Giugno 1868 si ammogliò con giovane esemplarissima, Emma Golfarelli di Forlì. Il medico alienista di nuove dottrine, e coscienziosamente propugnatore costante di esse, guadagnò presto ogni titolo per essere discorde coi più, e tra innumerevoli amarezze dovè lasciare quell'ufficio. Tornò nella culla delle sue prime speranze, e dei primi dolori. Roma dovea fatalmente vedere compiuta la vita di pene di quel nostro confratello di scienza e di patria. Il nostro Filippo in Roma perdeva in poche ore la compagna amatissima colta da miliare in gravidanza; e quel campione di ogni travaglio della vita dovè resistere a mio unico compagno nell'eseguire la cesarea vaginale, nel caldo cadavere della sua Emma, e vide pur cadavere uscirne il terzo figlio. Vedovo, perdette il secondo nato, e ridotto così con un figlio lo vedemmo spesso, con quello al fianco, battere le vie di Roma oppresso da vecchiezza precoce e colla fisionomia tutta nuova; *la mestizia*.

Chi non avrebbe sperata agevole e naturalissima cosa che alla fine il Cardona in Roma, e con altra forma di leggi e di governo potesse essere chiamato a collocamento scientifico pratico della sua special professione? Pare però quasi legge della spietata fortuna, quella di non lasciare sue prese contro la virtù! Filippo dopo lungo penare trovò finalmente un pane: quale?... Sottobibliotecario dell'Angelica !! E quale migliore ufficio di quello per meditare in si-

lenzio sulla sua vita inesorabilmente sventurata sempre! Fece nella suddetta Biblioteca, si può dire, il sepolto vivo e, tolto dalla vita dei rapporti, dalla piena attività della persona e della mente, si fiaccò presto la salute, ridotto ai bisogni imperiosi del conforto di famiglia. Si lusingò, e sua speranza fu vinta dall'effetto, trovare con altro matrimonio l'assistenza cordiale ai rimanenti giorni di lui, e perciò fece sua compagna novella la giovane romana Enrica Lisabetтини, il 29 Settembre 1880.

Riusci quell'imeneo l'ottimo conforto agli ultimi mesi di vita. Che sempre più imperversando alcuni patimenti sospetti, questi velocemente dissero alla mente dei curanti che un cancro epatico andava consumando quella cara esistenza, e per tal morbo fu distrutta il 7 Ottobre 1881. Medici dotti, sperimentatissimi quali voi siete, ditemi se il fatal morbo che tolse anzi tempo il Cardona, a noi, alla famiglia, alla società, fosse un prodotto corrispondente alla vita, vissuta nelle amarezze, nei disinganni, nei sinistri tutti della carriera umana! Pur troppo è sempre così! Se irata la sorte e gli uomini si espongono a lottare virtuosi colle avversità, eccoti un compenso: finalmente penerai, e morirai per cancro epatico!!. Medici illustri, quante di tali storie!. E voi in quale classe di veleni porrete il patema perenne? Ma qui basti il dire di cose tetre, affannose. Per accennare la vita domestica e scientifico-pratica del nostro defunto non trovai che dolenti note. Ma benchè il nostro Cardona, o accademici, potesse aver tempo e voglia a tali lamentazioni, pure l'amore allà scienza lo facea talvolta vigoroso, e potè, oltre le opere accennate dar vita puranco ad altre pubblicazioni scientifiche. Un volume in ottavo *Sulla fisionomia*; altro:



*Raffronti sulle pestilenze: Dell' Olmo rinoplasta*; memoria questa di grande erudizione storico-clinica, e di gloria italiana, letta nella seduta ordinaria del 30 Ottobre 1879. Voi lo ricordate, che fu lavoro di lunghe fatiche, di singolare diligenza, e che onora le pagine del fascicolo III, anno 5<sup>o</sup> dei nostri atti accademici. Ha pure lasciato ricco materiale sulla materia medica pei pazzi, e sulla psicologia sperimentale; e così un' amplissima Bibliografia sulla fisionomia.

Ai meriti del Cardona la classe medica italiana e straniera non trascurò dimostrazioni di stima e di premio. Uomini illustri tennero con esso scientifica corrispondenza: fu socio di accademie mediche, e voi stessi alla prima opportunità lo faceste a pieni voti nostro socio ordinario, di che ebbe consolazione indicibile.

Dovrei ora dirvi di lui quale fu cittadino, amator sincero ed illibato del natio paese. Belle, e gloriose pagine verrebbero su tale argomento da indurmi assai facilmente a varcare i confini di un semplice articolo necrologico: non pertanto dirò che il Cardona, pasciuto sempre dal sentimento dello adempiere il proprio dovere in ogni fase di sua carriera mortale, combattè le patrie battaglie, facendo ammirare in se il soldato intrepido, disciplinato, diligente in tutto, e così nel riposo, come nella pugna fervente, nei pericoli, e nei trionfi, sempre fu il Cardona di esempio senza pari, in tutto che può dirsi virtù, coraggio, disciplina. Delle fatiche militari tenne in ricordo onorevole una medaglia conferitagli dal Re, ed un' altra commemorativa dal Municipio Romano; ma meglio, della vita militare e di tanti episodi che l'accompagnarono, avrete tra non molto esatta narra-

zione da un suo amoroso fratello che affettuosamente si propone ridirne la vita intera.

Dalle poche cose però che vi dissi di tanto singolare collega posso concludere con incrollabile verità che visse e morì a modo, ed a modo tale operò da persuadere i contemporanei che anche con una fede religiosa si può onorare, amare, e servire la scienza, e la patria, e che rimarrà sempre rispettabile, e proficua all'umana famiglia la sublime concordia dei tre più nobili affetti.

Religione, Patria, Famiglia.

Il socio MARCHIAFAVA legge una nota intitolata: *Sopra due esiti rari della polmonite fibrinosa acuta.*

Sebbene la polmonite fibrinosa acuta sia una delle malattie meglio studiate sotto il punto di vista clinico ed anatomico, vi sono tuttavia delle quistioni non ancora ben chiarite nella storia di questo processo morboso tanto facile ad avverarsi. Così la sua etiologia non è ancora ben definita, e mentre alcuni clinici seguitano a considerarla come una malattia locale determinata dal raffreddamento, altri per considerazioni cliniche ed anatomiche di molto valore, la ritengono come malattia d'infezione, concetto in qualche modo avvalorato da recenti osservazioni fatte da *Klebs*, *Eberth*, *Koch*, me <sup>1</sup> e *Friedländer* <sup>2</sup> sulla presenza di schizomiceti negli essudati endoalveolari, nei capillari sanguigni e nei linfatici del polmone e della pleura, nei reni, ecc.

---

<sup>1</sup> *Sulla natura delle malattie d'infezione.* Nella Raccolta di letture sulla medicina, diretta dal prof. Bizzozero, 1881.

<sup>2</sup> Virchow's. *Archiv.* 1882.

Ma non è sotto il punto di vista etiologico soltanto che la polmonite presenta campo di studio; vi sono pure altri punti discussi, soprattutto per ciò che riguarda i suoi esiti.

Sono note a tutti le alterazioni che occorrono nella polmonite, la iperemia, l'essudazione endoalveolare, le metamorfosi varie degli essudati, gli esiti vari del processo. Fra questi se la risoluzione, l'infiltramento purulento e l'ascesso, la cangrena sono ammessi e riconosciuti da tutti. non è così per due altri esiti, cioè l'*indurimento del polmone* e la *caseificazione dell'essudato colla tisi consecutiva*.

Mentre io trovo che questi due esiti sono generalmente annessi dai pratici, trovo d'altra parte che nei manuali e nei trattati di patologia medica e di anatomia patologica, specialmente recenti, o si trascura di parlarne, o se ne parla in modo tale da rendere impossibile di farsene una idea esatta. E però che io credo non inutile esporre le mie osservazioni in proposito.

1. *Esito in induramento*. — Questo esito della polmonite è ritenuto rarissimo dai clinici e dagli anatomo-patologi. Nei recenti trattati di clinica, citerò quello di *Nyemeyer* e la Raccolta di *Ziemssen*, dove nell'art. polmonite trattato da *Jürgensen* si parla di volo di questo processo, nè si accenna alla natura del medesimo. Una influenza grande in questi ultimi tempi ha esercitato il lavoro di *Bühl*<sup>1</sup> sulle malattie del polmone, nel quale viene completamente negato che la polmonite crouposa possa passare in indurimento, ammettendosi che questo fatto possa occorrere soltanto come conseguenza di un'altra forma

---

<sup>1</sup> *Lungenentzündung*, ecc. München, 1873.

di polmonite che egli chiamò *polmonite desquamativa genuina*. E descrivendo questo processo non entra affatto in quelle particolarità anatomiche che occorre a noi di osservare nei casi d'indurimento polmonale che ci venne fatto di studiare.

Riguardo a questo processo si trova maggior materiale sparso in lavori raccolti nei giornali, specialmente tedeschi. Recentemente *Marchand*<sup>1</sup> pubblicò un lavoro importante su questo argomento, ricordando le osservazioni fatte in proposito da *Heschl*, *Ackermann*, *Eppinger*, ecc., dei quali alcuni fecero derivare l'indurimento polmonare dalla polmonite acuta preceduta, altri la ritennero, per mancanza di osservazioni cliniche, come un fatto primitivo.

Da tutto quello però che riguarda la storia dell'indurimento polmonale, consecutivo alla polmonite fibrinosa acuta, si rileva come siano necessarie nuove osservazioni cliniche ed anatomo-patologiche, le prime per stabilire meglio le cause, i sintomi e il decorso di questo esito della polmonite, le seconde per determinare la natura delle alterazioni che lo costituiscono.

È chiaro per sè come questa forma d'indurimento polmonare debba essere considerata distintamente da quegli altri indurimenti del polmone che tengono dietro alle stasi croniche per malattie del cuore sinistro (*indurimento bruno*), o a quegli altri indurimenti secondari a processi cronici di altra natura del polmone. L'indurimento, di cui noi ci occupiamo, se ne distingue non pure per le cause diverse, ma ancora per le particolarità anatomiche che lo costituiscono.

---

<sup>1</sup> Virchow. *Archiv*, 1880.

Io ne ho raccolti tre casi, tutti nell'anno scolastico 1880-81 nelle autossie fatte nella scuola di esercitazioni di anatomia patologica. Se la storia clinica esatta dei medesimi fa difetto, mi furono però dati dai signori Sotto-assistenti dell'Ospedale di S. Spirito presenti alle autossie, alcuni appunti clinici che valgono allo scopo di questo studio.

Non starò qui a riportare per intero i singoli reperti anatomici, limitandomi alla sola diagnosi anatomica dei vari casi, ed occupandomi poi insieme delle alterazioni polmonari.

1. *Caso.* — Un uomo di circa 60 anni entrò nell'ospedale coi sintomi di una polmonite acuta sinistra che durava da tre giorni. Dopo qualche giorno cadde la febbre, ma rimasero l'affanno e la debolezza. Insorsero quindi sintomi di meningite e la morte accadde al 32° giorno dall'ingresso nell'ospedale.

*Autossia* (8 gennaio 1880). — Meningite suppurativa della convessità. Ipertrofia del cuore, ateromasia ed ectasia aortica. *Induramento di tutto il lobo inferiore sinistro*, aderente alla parete toracica. Tumore cronica, melanosì della milza. Melanosì del fegato e del midollo delle ossa.

2. *Caso.* — Uomo di circa 50 anni. Entrò nell'ospedale coi sintomi di polmonite sinistra. Era emaciato in conseguenza di diarrea che lo affliggeva da lungo tempo. Rimase nell'ospedale circa 4 settimane, e la morte accadde con sintomi di setticoemia.

*Autossia* (20 marzo 1880). — Endocardite vegetante subacuta della mitrale e della tricuspide. *Induramento del lobo superiore del polmone sinistro*, aderente al torace per pleurite cronica. Enterocolite ulcerosa. Parotite suppurativa sinistra.

3. *Caso.* — Uomo di circa 45 anni. Andò all'ospedale di S. Spirito, affetto di polmonite destra. Vi rimase circa un mese, e quindi morì in uno stato di marasmo. Nel decorso della malattia soffrì di diarrea profusa, della quale soffriva antecedentemente.

*Autossia* (12 maggio 1880. — *Induramento del lobo superiore e medio del polmone destro.* Aderenze pleuriche bilaterali. Dilatazione del cuore destro. Enterocolite ulcerosa. Parotite suppurativa.

Si tratta in tutti questi casi di uomini di età piuttosto avanzata, indeboliti già da altre malattie, i quali furono colpiti da polmonite lobare acuta, la quale non risolvè; e dopo uno spazio di quattro o cinque settimane o per le malattie precedenti o susseguenti alla polmonite occorse la morte.

All'autossia si trovarono le parti del polmone che durante la vita si riconobbero affette dalla infiammazione fibrinosa acuta, colpite dal processo d'induramento, cioè presentanti i caratteri che riassumerò ora brevemente.

I lobi polmonari sono più o meno aderenti alla parete toracica. Essi si presentano duri, aumentati di peso, ma poco di volume: alla sezione offrono una marcata resistenza, come a sezionare un fegato con incipiente infiammazione interstiziale cronica. La superficie di sezione si presenta, secondo il grado di avanzamento del processo, o di color rossigno, disseminata da punti biancastri, o giallastri, o di color rossigno scuro diffuso con punti di pigmentazione, o di color grigio rossigno; essa superficie è poco o punto granulosa; nel caso nel quale essa presenta la superficie gremita di puntolini biancastri o bianco-giallastri, questi non sono sporgenti dal livello della superficie, ma sono quasi avvallati. Il tessuto è po-

vero di sangue, piuttosto asciutto, e i vasi sanguigni e i bronchi si distinguono nettamente in mezzo al medesimo. Passando col coltello sulla superficie di sezione non rimangono sul medesimo dei granuli come nei primi stadi della polmonite, ma vi sono granulazioni sporgenti, esse rimangono aderenti alla superficie come tanti villi.

Qual'è il risultato dell'esame microscopico? Il fatto principale può essere enunciato come una sostituzione all'essudato endoalveolare di un tessuto connettivo più o meno vascolarizzato. Al zaffo fibrinoso si sostituisce un zaffo connettivale. Questo fatto poté essere seguito nelle varie sue fasi, nei vari polmoni o anche in uno stesso polmone, dove il processo si presentava nelle varie parti più o meno avanzato. L'essudato fibrinoso endoalveolare scompare gradatamente per le metamorfosi regressive mucosa e grassa, e viene incluso nella massa connettivale che lo sostituisce. Nei punti dei lobi polmonari indurati, dove è manifesta la punteggiatura giallo-biancastra, questa è dovuta precisamente all'essudato degenerato e in via di riassorbimento.

Col diminuire dell'essudato fibrinoso endoalveolare ha luogo la formazione di un tessuto connettivo con cellule fusiformi e stellate; le prime si ritrovano a preferenza alla parte esterna della massa connettivale endoalveolare, e quasi la rivestono, formando talora vari strati concentrici.

Nell'interno di questo giovane tessuto si ritrovano vasi sanguigni al grado di capillari, comunicanti naturalmente con quelli delle pareti degli alveoli, capillari sanguigni, i quali sono numerosi, ampi, sinuosi, presentanti talora delle dilatazioni terminali a foggia di clave. Questi capillari sanguigni, col-

l'endotelio, coi globuli rossi ben conservati, si studiano assai bene nelle sezioni fatte sui polmoni indurati prima nel liquido di Müller e poi nell'alcool.

Il nuovo tessuto connettivo che si sostituisce nell'alveolo al zaffo fibrinoso si presenta spesso a guisa di polipo, il cui peduncolo fornito nel centro di un capillare sanguigno è aderente alla parete dell'alveolo. In talune sezioni, specialmente in quelle fatte perpendicolarmente alla superficie pleurica, si può vedere un'unica massa connettivale, partire dall'infundibolo e diffondersi e diramarsi nei vari alveoli che gli appartengono. Nell'interno del zaffo connettivale si contengono pure cellule rotonde, alcune cariche di pigmento nero.

Altre volte il zaffo connettivale endoalveolare è aderente alla parete in più punti per mezzo di filamenti protoplasmatici di varia grossezza, semplici o nucleati, unici o diramati, talora accompagnati da serie di cellule di aspetto epiteliale. È difficile farsi un'idea esatta sulla natura ed origine di questi fasci protoplasmatici; forse taluni di essi rappresentano propagini vascolari in via di formazione, e tale idea è confortata dal fatto di vedere in taluni preparati queste masse come canalicolate e i globuli rossi inoltrarsi dai vasi delle pareti o del nuovo tessuto connettivo endoalveolare nell'interno delle medesime.

Fra il zaffo connettivale e la parete dell'alveolo si vedono frequentemente cellule epiteliali accumulate in quantità maggiore o minore, ora più verso la parete dell'alveolo, ora più verso la superficie del zaffo di tessuto connettivo. Esse presentano il protoplasma granuloso o in degenerazione grassa. Altre volte nello spazio dell'alveolo rimasto libero si tro-



vano o residui di essudato fibrinoso, o globuli bianchi o rossi, i quali ultimi trovano la loro facile uscita dai capillari neoformati e dilatati.

Nelle parti del polmone indurito presentanti una resistenza maggiore, una colorazione rosso-grigiastra e pigmentata, si trova all'esame microscopico una massa di tessuto connettivo più o meno fibroso. In mezzo però a questa massa è dato riconoscere come i zaffi connettivali descritti aumentando di volume hanno invaso completamente infundiboli e alveoli, quasi fondendosi con loro. Questi zaffi si presentano risultanti da una parte periferica, che è uno strato più o meno spesso di cellule fusiformi a disposizione concentrica, e da una parte mediana costituita da cellule fusiformi disposte intorno a fasci connettivi, e cellule rotonde ricche di pigmento brunastro. I vasellini sanguigni appaiono nei tagli trasversi o longitudinali più distinti. Le pareti alveolari sono anche esse ispessite, come pure l'avventizia dei vasi sanguigni.

Le pareti dei piccoli bronchi si presentano egualmente infiltrate, e il loro lume in taluni preparati si mostrano evidentemente occluso da un tessuto connettivo fibroso come quello degli infundiboli e degli alveoli.

In ciò consiste quello che d'importante offre il processo d'indurimento polmonale consecutivo alla polmonite lobare acuta, concordante in molta parte colla descrizione datane da *Marchand*. Il lobo o i lobi polmonali colpiti da questo processo rimangono impervi all'aria perchè i broncheoli terminali, gl'infundiboli e gli alveoli sono oblitterati non più dall'essudato fibrinoso, ma da una massa di tessuto connettivale vascolarizzato, il quale invade l'alveolo

a guisa di polipo, o vi aderisce per più punti, o fa totalmente corpo col medesimo.

Dalla breve descrizione di questa alterazione del polmone, risulta evidente come essa si distingua dalle altre forme d'induramento polmonale descritto nei trattati di patologia, e come piuttosto che un processo d'inflammazione cronica interstiziale, predomini il fatto di una neoformazione connettivale, occupante lo spazio degli infundiboli e degli alveoli, a guisa di un *fibroma endoalveolare diffuso*.

Quali sono le cause di questo esito della polmonite?

In tutti i casi descritti si tratta, come fu già notato, d'individui deperiti per malattie preesistenti, i quali vennero all'ospedale dopo che da qualche giorno erano stati colpiti dalla polmonite.

*Heschl* notò l'induramento polmonale consecutivo alla polmonite nella cachessia palustre. In uno dei nostri casi si trovò tumore melanotico della milza e del fegato, il quale, come è noto, accenna a grave infezione malarica. E qui giova ricordare come la *polmonite proliferata* descritta da *Schrön* nella infezione malarica forse non è che l'esordio dell'esito in induramento della polmonite fibrinosa in soggetti malarici.

*Marchand*<sup>1</sup> fa rilevare la costanza delle adesioni pleuritiche in questo esito della polmonite, e le ritiene come causa favorente il medesimo per la poca mobilità del torace e conseguentemente del polmone, e per il maggiore afflusso sanguigno al polmone stesso, determinato dalle numerose anastomosi fra i vasi polmonali da un lato, e i vasi della parete to-

<sup>1</sup> Loc. cit.

racica dall'altro. Nei nostri casi noi abbiamo trovato sempre tali adesioni, le quali a me non sembrano però di tanta importanza, perchè nel caso concreto non erano così potenti da dover scemare la mobilità del torace e del polmone<sup>1</sup>.

*Marchand* crede inoltre che le grandi sottrazioni di calore fatte coi bagni freddi, come raccomandano alcuni clinici, possano favorire questo esito della polmonite. Nei nostri casi questo metodo curativo non fu adoperato, ma i malati nei primi giorni della malattia abitarono in tuguri mal riparati, e si esposero certamente al freddo nel venire all'ospedale. Con ciò è d'accordo un caso d'induramento polmonale trovato molti anni or sono nel cadavere di una vecchia trovata morta in un portone, nel cuore dell'inverno, dalle guardie di città.

È certo però che tutto concorda a far credere che le cause di questo esito della polmonite si riassumano nella debolezza degli organismi per malattie preesistenti (infezione malarica, infiammazioni ulcero-se delle intestina, ecc.), favorita nella sua influenza da condizioni locali e da difetto di cura, ecc.

Dalla esposizione di questi casi e da quella fatta da altri autori, specialmente da *Marchand*, è provato adunque che la polmonite fibrinosa acuta possa avere per esito l'induramento polmonale, per effetto dell'organizzazione dell'essudato, fatto già ammesso genericamente da *Virchow* e dalla sua scuola. Per quanto esso sia raro, in confronto della risoluzione

---

<sup>1</sup> In questi giorni mi è occorso di osservare un caso d'incipiente induramento polmonale consecutivo alla polmonite, nel quale mancavano completamente le aderenze croniche, e si notava una diffusa *degenerazione ialina* dell'essudato endoalveolare.

più o meno rapida, non può negarsi, e non si comprende come *Buhl*<sup>1</sup> lo neghi recisamente, appoggiandosi sul fatto che la polmonite fibrinosa o crouposa è una infiammazione superficiale. Ma non accade forse la organizzazione dell'essudato nelle infiammazioni delle sierose, donde derivano le aderenze? Nella presente epidemia di polmoniti ho sezionati molti cadaveri di polmonitici nei quali esisteva una pachimeningite interna. Anche questa infiammazione comincia con un essudato fibrinoso sulla superficie interna della dura madre, nel quale si forma con singolare rapidità un gran numero di vasi sanguigni, a pareti sottili, facilmente lacerabili, donde le facili emorragie (pachimeningite emorragica) e cellule connettive, così che non vi è forse lesione dove si possa meglio studiare la neoformazione di vasi sanguigni. Anche questa pachimeningite è una infiammazione superficiale, eppure la organizzazione dell'essudato accade e rapidamente. Non vi è dunque ragione per negarla nella polmonite, quando specialmente vi sono fatti che la dimostrano in una maniera evidente.

## 2. *Esito della polmonite in caseificazione dell'essudato.*

Per questo esito s'intende, come è noto a tutti, il fatto che l'essudato endoalveolare non si riassorbe, ma subisce una necrosi caseosa, la quale invade le pareti degli alveoli e conduce alla tisi polmonale. Anche su questo esito esistono opinioni disperate, e mentre molti, specialmente fra i clinici e i pratici, l'ammettono senz'altro, altri, e fra questi *Buhl*<sup>2</sup>,

<sup>1</sup> Loc. cit.

<sup>2</sup> Loc. cit.

lo negano assolutamente, asserzione la quale venne quindi combattuta da *Jürgensen*<sup>1</sup>. Io credo che la ragione del negarsi da taluni questo esito della polmonite stia: 1° nella sua grande rarità; 2° nel ritorno che da qualche tempo si è fatto al concetto unitario di *Laennec* sulla tisi polmonale, escludendosi completamente o quasi completamente una tisi polmonale di origine non tubercolare, originante cioè da un processo infiammatorio comune.

A risolvere il fatto; se un processo tisiogeno possa originare dalla polmonite acuta fibrinosa, occorrono ancora osservazioni accurate, fatte senza idee preconconcette, appoggiate sulla clinica e l'anatomia patologica.

Io ho avuto occasione di osservare un caso che mi sembra importante, perchè tendente a comprovare questo esito della polmonite.

Un giovane sui 25 anni, di costituzione linfatica, cute pallida, capelli biondi, ghiandole linfatiche sviluppate, entrò nell'ospedale di S. Spirito affetto di polmonite acuta sinistra inferiore. Alla polmonite si congiunse dopo alcuni giorni una pleurite sinistra essudativa con febbri vespertine. Dopo un mese e mezzo circa di dimora nell'ospedale morì.

Il riassunto dell'autossia è il seguente: Denutrizione avanzata. Cervello anemico. Raccolta abbondante di liquido sieroso con fiocchi fibrinosi nella cavità pleurica sinistra, le cui pareti sono ispessite; la raccolta ha sospinto in basso il diaframma di sinistra in guisa da farlo sporgere a guisa di cupola nella cavità addominale. Cuore spostato a destra con dilatazione del cuore destro. Polmone sinistro non

---

<sup>1</sup> Ziemssen. B. V.

compresso dall'essudato, ma esistente in mezzo al liquido, e aumentato di peso e volume nel lobo inferiore. Lobo superiore poco atelectasico, ma salvo da qualsiasi lesione. Polmone destro sano. Nessuna traccia di scrofola nelle ghiandole linfatiche. Nessuna alterazione importante nell'addome.

Il polmone sinistro presenta tutto il lobo inferiore convertito in gran parte in una massa caseosa, con punti di rammollimento nella parte centrale. Le parti periferiche presentano un color bianco grigiastro.

L'esame microscopico di queste parti periferiche del lobo inferiore non colpite dalla necrosi caseosa fa rilevare una *epatizzazione parvicellulare*, cioè un accumulo di cellule linfatiche nell'interno degli alveoli, le cui pareti si presentano più o meno fittamente infiltrate degli stessi elementi; infiltramento che raggiunge un grado maggiore in prossimità delle masse caseose. Questo è il reperto microscopico più frequente. Si trovano però delle parti nelle quali alle cellule linfatiche sono mescolate in numero più o meno grande cellule epiteliali, le quali in vari punti riempiono totalmente gli alveoli, mantenendosi sempre in vario grado l'infiltrazione delle pareti degli alveoli. Le pareti dei bronchi e dei vasi sanguigni sono infiltrate, ma negli ultimi non è dato di riscontrare il processo della vera *angioite obliterante*.

In questo caso si tratta adunque di un giovane di costituzione linfatica, senza nessuna traccia però di scrofolosi o tubercolosi, il quale è colpito da una polmonite lobare acuta, la quale, sopraggiunta una pleurite essudativa dello stesso lato, non risolve e l'essudato subisce la necrosi caseosa. Il reperto microscopico delle parti prossime alle caseose, dimostra

a preferenza una epatizzazione ed un infiltramento parvicellulare.

Se ci facciamo a ricercare le cause di questo esito della polmonite ci sembra di poter ritenere che le condizioni generali dell'individuo e le locali derivanti dalla pleurite essudativa fossero le principali. Però mentre forse la debolezza dell'organismo non avrebbe ostacolato per sè sola la risoluzione del processo, questa lo fu in conseguenza della compressione sui vasi sanguigni, esercitata da un lato dall'essudato abbondante endoalveolare e dalla infiltrazione delle pareti alveolari, dall'altro dall'abbondante essudato pleurico. Il reperto microscopico non è contrario alla diagnosi di polmonite acuta lobare perchè sappiamo come in questa l'essudato crouposo è, in stadi ulteriori, sostituito da un essudato costituito da cellule bianche, il quale, se raggiunge un certo grado, dà luogo alla suppurazione e agli ascessi consecutivi. Questo fatto sta inoltre in rapporto colle ricerche sperimentali di *Friedländer*<sup>1</sup> sulla polmonite cronica e sulla tisi polmonale, dalle quali risulta come alla epatizzazione rossa possa tenere dietro la epatizzazione parvicellulare la quale, se è intensa, conduce alla caseificazione.

Si è menzionato che in qualche punto del lobo polmonare caseificato s'iniziava già il rammollimento delle masse caseose, cioè la tisi polmonare.

I dati clinici, la sede, l'estensione del processo, l'assenza di scrofolosi e tubercolosi in altre parti del corpo, il reperto istologico fanno ritenere pertanto che il processo tisiogeno originasse dalla polmonite acuta lobare.

---

<sup>1</sup> Virchow's *Archiv.* B. 68

È detto da un illustre patologo recente, il *Cohnheim*<sup>2</sup>, che l'anatomo-patologo non può senza l'esperimento giudicare se una data massa caseosa sia o no di natura tubercolare, contenga cioè o no il virus specifico. Nel caso nostro io non potei fare larghe sperienze, perchè nel giorno dell'autossia mancava dei mezzi necessari. Tuttavia servendomi del solo coniglio che era nell'Istituto, gli feci ingoiare circa 100 grammi delle parti caseificate del polmone, non potendo inocularlo nella camera anteriore dell'occhio. È noto a tutti con quanta facilità nei conigli si svolga la tubercolosi intestinale e del suo apparato linfatico (tabe meseraica nell'uomo) per l'ingestione di sostanze tubercolari. Ora il coniglio si mantenne sanissimo dal gennaio al maggio, nel qual mese ucciso non presentò alterazione tubercolare in qualsiasi parte del corpo.

Io non credo certamente al valore di questo solo esperimento, la qual cosa sarebbe un errore gravissimo, ma credo però che congiunto ai dati fornitici dalla clinica e dall'anatomia patologica, possa far ritenere che quelle masse caseose non fossero di natura tubercolare, ma avessero lo stesso valore di quelle che si trovano negli antichi ascessi, nei cancri, nei sarcomi, ecc.

Sembra giusto quindi il ritenere che se il concetto del dualismo nella tisi polmonale sostenuto un tempo con tanto calore, va perdendo terreno davanti ai risultati della patologia sperimentale, non si può però assolutamente negare, e il caso esposto sembra lo dimostri, che ad una polmonite non tubercolare

---

<sup>2</sup> *Die Tuberculose vom Standpunkte der Infections lehre.* Leipzig, 1880.



segua la caseificazione dell'essudato e la tisi polmonale consecutiva. La quale però, se da principio non specifica, può forse divenire tale per infezione secondaria, specialmente se i malati sono messi in sale di ospedali, dove sono accumulati i tisici, focolai viventi di emanazione del virus tubercolare <sup>1</sup>.

Ora desidero fare all'Accademia una breve comunicazione preventiva che riguarda un argomento micologico.

Io ho avuto occasione di constatare in parecchi casi di gonorrea recente la presenza dei micrococchi nel protoplasma e negli elementi cellulari. Questi microrganismi sono disposti due a due e la loro quantità è grandissima nelle forme di gonorrea grave, e piccola nelle forme blande. Volli fare osservazioni

---

<sup>1</sup> Questo pericolo d'infezione e di mutuo aumento d'infezione fra i tisici non è una chimera, ma una verità dimostrata dai fatti. Quante volte non si vedono malati con non avanzate lesioni polmonari, senza febbre, stare relativamente bene nelle sale comuni degli ospedali, dove però possono infettare gli altri, mandati quindi nelle sale dove non vi sono che tisici, i quali respirano od espettorano in quegli ambienti ristretti, aggravare poco dopo, per l'insorgere della febbre, per l'estendersi delle lesioni distruttive del polmone e morire in breve tempo? Il mio amico dottor Ferraresi mi raccontava recentemente parecchi casi a lui occorsi di vite spente miseramente a questo modo. Il prof. Murri, nelle sue belle lezioni (*Della scienza sperimentale e della teoria cellulare rispetto alla clinica*, Bologna, 1882), parla di questo pericolo ed esce in queste nobili parole: « ... forse un giorno quando la società avrà « davvero mente e cuore grandi come i suoi doveri, questi « poveri tisici non si vedranno più confusi negli ospedali, « dov'è bensì a temere che s'avvelenino maggiormente fra loro, « e facilitino l'avvelenarsi degli altri, non certo da sperare « che vi ricevano vero beneficio di salute ».

comparative, prendendo ad esaminare il pus di un ascesso proveniente da una puntura e constatai che il micrococco gonorroico ha una disposizione tutta diversa dal micrococco settico. Questa mia osservazione non fa del resto che confermare quella del Sims, il quale, come sanno, rinvenne i micrococchi nella blenorragia muliebre.

Il socio BUSINELLI: Colgo volentieri questa occasione per riferire anch'io all'Accademia che non ha guari feci esaminare al microscopio il muco-pus proveniente da una congiuntivite cronica, ostinatissima, ed ebbi a notare fra gli elementi cellulari normali una miriade di micrococchi disposti a catenella e a forma stellata. Io dubito che la pertinacia della congiuntivite dipender debba dalla presenza dei microzoi, e mi sono determinato ad sperimentare un adatto metodo curativo, e dell'esito di questa prova mi propongo tenere informata l'Accademia.

La seduta si scioglie alle 2 1/2.

**Il Segretario**

**Dott. C. BRUNELLI**

**Il Presidente**

**PROF. L. GALASSI.**

---

## OPERE INVIATE ALL'ACCADEMIA

~~~~~

- Rendiconto statistico-clinico dell' Arcispedale di S. Maria e S. Gallicano per l'anno 1881 : del Dott. *Pietro Schilling*.
- La Scuola : Discorso per la inaugurazione degli studi nella Università di Napoli; del Professore *Tito-livio De Sanctis*.
- Relazione annua sul servizio sanitario nell' Ospizio Margherita di Savoia pei ciechi poveri; del Prof. *Francesco Businelli*.
- Venise e son climat par le Dott. *Cazenave De la Roche*.
- Contribution à la pathologie et à la therapeutique du goitre exophthalmique par le Dott. *Guéneau de Mussy*.
- Postscriptum alle due lettere aperte, indirizzate agli onorevoli membri della R. Accademia dei Lincei dal Prof. *Filippo Pacini*.
- Divers cas d'affections chirurgicales chez des sujets paliudo-diabetiques, par *M. le Prof. Verneuil*.
- Memorie della R. Accademia di scienza lettere ed arti di Modena.
- Le iniezioni ipodermiche nella sifilide; del Dott. *Enrico Rasori*.
- Escissione di un ulcero duro alla 12^{ma} ora dalla sua apparizione; del medesimo.
- Un caso di lissa; del medesimo.
- L'endoscopia rettale del Prof. Manassei: nota del medesimo.
- Un caso d'idrosadenite diffusa prodotta dalla pilocarpina; del medesimo.
- Pretesa azione antisifilitica ed antiscrofolosa del tayuya; Lettera del medesimo.



SEDUTA ORDINARIA DEL 26 MARZO 1882

PRESIDENZA DEL PROF. LUIGI GALASSI

SOMMARIO. — Comunicazioni della Presidenza. — Presentazione di malati: **Mazzoni**. — Necrologia del prof. Gaetano Valeri: **Pantaleoni**. — Lo jodoformio contro il diabete mellito: **Moleschott** (osservazioni **Pantaleoni**). — Caso d'indurimento polmonale consecutivo alla polmonite fibrinosa: **Marchiafava**. — Ulteriori ricerche sui pigmenti biliari del signor Stefano Capranica: **Colasanti**. — Sul rammollimento del trombo, del dott. Baistrocchi: **Brunelli** (osservazioni **Marchiafava**). — Libri inviati all'Accademia. — Cronaca accademica.

Il processo verbale dell'antecedente adunanza ordinaria è letto ed approvato.

Il **SEGRETARIO** presenta le opere inviate in omaggio all'Accademia (v. in fine della seduta), e comunica la seguente corrispondenza:

I. I signori dottori Amilcare Ricordi di Milano e Cazenave de la Roche di Menton ringraziano l'Accademia per essere stati nominati soci corrispondenti.

II. Il prof. Silvestrini, rettore della Università di Sassari, fa noto essersi deliberato dal Consiglio accademico di quell'Ateneo di collocare il dì 20 aprile una lapide nella grand'aula universitaria in onore dell'insigne anatomico e fisiologo Luigi Rolando. A

dare alla inaugurazione un carattere di solennità scientifica fa appello ai Corpi accademici italiani perchè vi si facciano rappresentare.

L'Accademia delibera di rispondere all'invito con una lettera nella quale, manifestandosi il dispiacere di non poter prendere una parte più diretta alla inaugurazione coll'intervento di qualcuno dei membri della Presidenza, si annunzia essere stato conferito l'incarico della rappresentanza al prof. Pasquale Umana di Cagliari, socio corrispondente dell'Accademia.

Il PRESIDENTE annunzia all'Accademia essere presenti alla seduta il prof. Fubini di Torino e il professore Cusco di Parigi.

Presentazione di malati.

Il socio MAZZONI avendo sul principio della seduta presentato un operato, fa sul medesimo le seguenti osservazioni:

L'individuo che io vi ho presentato poco fa era affetto da osteo-mielitis dei capi articolari del cubito sinistro. Ho dovuto praticare la resezione delle ossa del cubito portando via anche il periostio che avrei potuto salvare. Ma il salvare in questo caso il periostio era lo stesso che condannare l'arto alla immobilità e sopprimere i movimenti nel posto dell'articolazione. Al contrario coll'aver tolta una zona circolare di periostio, rendendo la resezione extra-capsulare e non sotto-capsulare, ho avuto in mente di favorire una neo-artrosi, e vi sono riescito col portar via insieme alle ossa anche il periostio e

medicando il traumatismo alla Lister e seguendo i consigli dati da Celso nella frattura dell'olecranon (*summo humero*); quelli cioè di non applicare fasciatura di sorta per non immobilizzare colle ossa fratturate anche l'articolazione. Come avete potuto osservare il traumatismo è guarito e i movimenti conservati nel posto dell'articolazione. Rimane ora a vedere lo stato di forza che potrà acquistare l'arto resecato; il che costituirà gli effetti definitivi dell'articolazione del cubito, che noi apprezzeremo più tardi, quando cioè l'individuo sarà ricostituito nelle sue forze.

Letture e Comunicazioni

Il socio PANTALEONI dà lettura della necrologia del compianto prof. Gaetano Valeri socio ordinario dell'Accademia.

Nella serie incessante di quelle evoluzioni per le quali la umana società si è andata e si va ognora trasformando, havvene talora di tali così profonde, così radicali, così molteplici, che desse sembrano voler quasi ad un tratto spezzare il legame che rannoda gli eventi e rompere tutte le tradizioni del passato, le quali per solito designano invece le inflessioni che assume l'avvenire di una civiltà.

Si schiudono allora quell'epoche fatali, alle quali parve che il sommo latino poeta alluder volesse quando cantava:

*Ultima cumaei venit jam carminis aetas.
Magnus ab integro saeculorum nascitur ordo.
Jam redit et virgo: redeunt saturnia regna
Jam nova progenies etc.....*

con quel che segue.

Se non che al contrario di quanto alla fervida

fantasia del cesareo poeta, di fortunato e di fausto in quella evoluzione si presentava, esse il più spesso designano una triste, una dolorosa epoca di dure prove per l'umanità, la quale non ancora informata al nuovo tipo al quale è legge che essa improntar si debba, non ha frattanto più nè la fede, nè il sentimento dalle vecchie cose. La vita allora specialmente intellettuale e degli ingegni i più eletti pare condannata a lottare nel buio delle esitazioni, delle incertezze di un progresso ancor troppo incerto, troppo insoddisfacente ad ogni mente positiva, che non trova ad assettarsi, nè sulle vecchie crollanti dottrine, nè sulle nuove che non si sono ancora rassodate sufficientemente nei fatti.

Sono epoche tormentate, dolorose, soprattutto per il senso morale e che il suicidio dei Catoni, dei Brutti, dei Cassii, e la disperata poesia dei Byron e dei Leopardi tramandarono stampate di lugubri note alla posterità.

E di quante epoche la umanità percorse niuna forse ve n'ebbe mai, che più scabrosa, più difficile, più paurosa si rivelasse di quella nella quale si trova lanciata la generazione nostra. Il moto intellettuale e morale prodotto dallo scontrarsi e cozzarsi ad un tempo di tante civiltà e di tanti popoli, quanti il mondo intiero ne contiene; il cumulo dei fatti e dei nuovi elementi che entrano ora ad un tempo a lottare in campo, e ciascuno aspirando al predominio dell'indirizzo intellettuale e civile dell'umanità, han gettato nella scienza universale un così vertiginoso impulso, che le menti ne sono trascinate in un rapido ed incessante rivolgimento che non lascia nè tempo nè luogo all'assodarsi di quei veri ai quali avida aspira l'umanità, e nella contemplazione dei quali

essa trova quel riposo e soddisfazione che è il sol piacere dell'intelligenza. Si direbbe col poeta nostro a descrivere l'agitarsi del nostro tempo:

I' venni in luogo d'ogni luce muto
Che mugghia come fa' mar per tempesta
Se da contrari venti è combattuto.

La bufera infernal che mai non resta
Mena gli spirti con la sua rapina,
Voltando e percotendo gli molesta.

Questa si direbbe quasi esser l'immagine della scienza ai nostri dì. Non appena un vero si è rivelato che altro sopravviene ad infirmarlo o ad abatterlo, ed in questo costante tramutamento d'idee e di sentimenti le menti si stancano; e spesso non resta che quel buio, quel luogo d'ogni luce muto cui Dante accennava, *lo scetticismo*.

La medicina in questo tramescolio di nozioni e di principii non potea non trovarsi trascinata altresì, essa che meglio d'ogni altra scienza od arte si risentì sempre del moto ideale del tempo. E frattanto la nostra arte è stata in ciò, a preferenza di qualsiasi altra, più fortunata, in quanto che più presto si dissiparono le fallaci dottrinali fantasticherie, e l'indirizzo preso dalla nuova evoluzione di essa divenne anzi tutto positivo, sperimentale, e con ciò tale da offrire base molto più solida ad uno scientifico futuro edificio. E per l'altra parte questa stessa tendenza restrinse il campo delle speculazioni al culto delle specialità, le quali non vi ha dubbio sono argomento quasi sicuro di fondato progresso per l'arte e per la scienza nostra. Se non che anco in questo avviamento alla positività, alle ricerche topiche ed alla specialità, una grande sorgente di errore si accoglie, quando in quella si voglia tutta

racchiudere la scienza. Infatti questo topicismo materiale ha portato ad una lotta contro ai fatti generali, contro ai principii che l'osservazione avea non meno consacrati o stimava di aver consacrati, e perciò anco nella scienza e nell'arte nostra si è dato campo a quelle incertezze tanto più penose a noi, perchè siamo al letto del malato chiamati non a discutere, ma ad agire.

La vita intellettuale di un medico che si sia trovato in questo periodo ha dunque per noi una grande importanza e tanto maggiore se l'individuo come il Valeri, del quale tutti lamentiamo la perdita, e del quale io ho assunto a raccogliervi le memorie, ebbe opinioni ben ricise e le difese e le praticò tutta la sua vita, senza chiasso è vero, ma con costanza, con fermezza e con carattere.

Gaetano Valeri nacque il gennaio 1818 in Loreto, di quell'onesta e laboriosa borghesia che ai nostri dì è stata l'autrice vera di ogni progresso civile. Il suo padre Domenico era stato ingegnere distinto ed avea operato il censimento o catasto sotto quel governo del primo Napoleone, che ad onta del suo assolutismo militare seminò da per tutto quegli elementi di civile progresso e di libertà che avea ereditato dalla francese rivoluzione.

Il nostro Valeri fece i suoi primi studii in Osimo, in un collegio che non era tenuto allora da Scolopi, ma da preti secolari liberi. Mal si giudica adesso dello spirito dell'educazione che dominava in parecchi di questi collegi, come in molte delle nostre provinciali città che si erano più o meno ispirate al genio della nuova civiltà. I preti liberi, cresciuti alla scienza indipendente, formavano l'antitesi dell'educazione delle congregazioni e specialmente dei

Gesuiti che in tutte le nostre provincie erano altrettanto temuti che detestati; e lo spirito largo e liberale di questi sacerdoti avea fatto che nessuna aperta ostilità fosse allora fra le credenze e la politica.

Osimo era città montata a spiriti liberi, tendeva a formare nelle Marche un centro di scienza, ed ambiva per ciò a circondarsi di eletti ingegni e di medici distinti. Di là il Valeri fu inviato a Roma per dedicarsi agli studii medici nella Università e clinica di quest'alma città.

Non vi paia grave che io ricordi a quei più giovani che di quell'epoca hanno minore contezza, quale era allora lo stato delle dottrine mediche in Italia. Le idee della filosofia sensistica aveano invaso tutti gl'intelletti i più svegliati d'Italia; e sotto l'impulso di quella era surta una scuola medica che levò allora di sè altissima la fama. Essa si fondava sopra le più generali e gratuite assertive, sopra le più ipotetiche e vuote dottrine, ma era difesa da uomini dotati di brillante ingegno, di molta eleganza di eloquio, di liberali sensi, e i quali, in odio dell'invasione dello straniero, aveano col nome stesso di *dottrina medica italiana* levato la bandiera della nazionalità, ciò che forse può solo spiegare la grande fortuna di questa scuola. Sarebbe difficile infatti il comprendere ai nostri di come una scuola sì vuota di vera scienza, sì povera di fatti, sì meschina per le osservazioni potesse sì a lungo e sì latamente dominare come il fece la scuola Tomassiniana e del controstimolo Rasoriano. A fronte però di quella, la scuola romana senza mostrarsi molto splendida nè per gli uomini, nè per le cose, si tenne molto più severa, molto più sobria al fatto clinico ed alle antiche tradizioni che si dissero ippocratiche.

Gli è così che dinanzi ad una scuola ideale che si fondava su di una superficiale filosofia come novatrice della scienza e della pratica medica italiana, la romana si piantava come scuola conservatrice degli antichi veri della tradizione medica classica, ma *sventuratamente* tanto in ciò sistematica, da rifiutarsi renitente e restia alla rivelazione dei nuovi fatti i quali si preparavano a restaurare le mediche discipline in Europa.

Il Valeri benchè di mal ferma salute, per avita disposizione alla cronica bronchite ed all'asma: disposizione che l'obbligava a delle precauzioni e riguardi, attese però agli studii con quella diligenza, con quello spirito coscienzioso, con quell'assiduità che formarono ognora l'indole del suo ingegno e il tipo al quale s'improntò l'intelligenza sua.

Fra i professori egli predilesse il Concioli, uomo di profonda istruzione, e per l'indole dei tempi e degli studii di quell'epoca fondato sulle buone dottrine sperimentali. Ben è vero che allora non si era schiuso ancora il campo alle minute osservazioni necroscopiche, e lo studio dell'anatomia patologica (singolare a dirsi!) non formava neppure parte essenziale del corso dello studio medico. Ma almeno il Concioli, ed in ciò anco molti dei professori dell'Università romana, confortavansi allo studio dei preziosi libri pratici del Morgagni, del Mangeto, del Lusitano, e di quelle opere preziose del Sydenham, del Baglivi, dell'Huxham, del Pringle, del Wanswieten, del Boerhaave, dello Stoll, dello Storck, del Tissot e degli altri grandi pratici della scuola classica tradizionale e coltivavano almeno lo studio dei fatti raccolti dagli antichi se non ne raccoglievano dei nuovi.

A quell'epoca, il dissi, la vera, la grande scuola

anatomo-patologica non si era fatta strada nelle università nostre. Io nel 1832 ebbi la fortuna di trovarmi all'esordire della bella scuola del Rokitsansky, a Vienna, e più tardi in Francia a quella dell'Andral, del Louis, del Chômel a seguito dello illustre studio del Laennec e del Lerminier. L'uso del microscopio nel 1832 cominciava ad applicarsi dal Beherens a Vienna all'anatomia umana, ma non fu che più tardi che lo si applicò anco all'anatomia patologica. Le vane, le vaghe dottrine vitalistiche, così dette fisiologiche, aveano ancora vigore; e la scuola del Broussais in Francia per le sue sistematiche e vuote asserzioni e cattive pratiche era degna emula della dottrina medica italiana.

Se però nella scuola romana non erano entrati i nuovi progressi, al tempo del giovane Valeri, l'ascoltazione e la percussione cominciavano a praticarsi meglio che nol fossero ai miei dì, in che si deridevano e schernivano quelli e tutti i nuovi progressi fatti all'estero.

Il Valeri si distinse nei suoi studii, si distinse negli esami ed ottenne laurea onorifica. Egli ottenne per concorso altresì l'assistentato.

Il sistema dell'assistentato e sostitutato fu ognora un prezioso argomento d'istruzione e di buona scuola pei giovani. Esso non ebbe che un difetto a Roma ed era quello del non essere aperto al libero concorso di tutti, da qualsiasi scuola o studio venissero; cosicchè la scuola romana si chiudeva così e si privava di quella vita che non si trova che nel libero concorso di tutti gl'ingegni e di tutte le scuole, specialmente in un'arte che, come la nostra, è universale. E peggio era che solo con quelli si perveniva poi al primariato, onde poi si perpetuavano certo le

buone, ma anco le cattive tradizioni della scuola che diveniva fiacca, servile, pregiudicata, scadente.

Fu grande ventura del dott. Valeri che le tendenze della sua mente ed una certa agiatezza di fortuna lo spingessero ad andare nel 1851 a studiare in Francia ed in Inghilterra, ove rimase 18 mesi, nei quali la sua mente e la sua pratica s'informarono all'eccellente scuola del Trousseau a Parigi ed a quella del Watson, del Burrow, del Bright, del Williams, del Pollock a Londra. Quell'istessa ventura ebbero prima del Valeri il Baroni, il Mazzoni per la chirurgia, io stesso per la medicina, ed ora tanti altri se la procurano; e certo non vi ha un solo di noi che non abbia avuto occasione di doversene felicitare più volte.

Fu certo in quei viaggi che il Valeri dovette penetrarsi della convinzione profonda come fosse inesorabile bisogno della rigenerazione di nostra scuola l'introdurvi lo studio dell'anatomia patologica, della quale anco allora non era cattedra od insegnamento nell'Università romana.

Non vi dispiaccia che, non fosse altro a giustificazione di noi stessi, io ricordi qui cosa forse a pochissimi nota e che concerne me stesso. La convinzione stessa che provò il Valeri la ebbi io stesso quindici anni prima di lui, e fino dal 1837 mi adopravi a tutt'uomo onde s'istituisse un'insegnamento a S. Spirito di anatomia patologica e mi proferai ad esercirlo io stesso gratuitamente per qualche anno. Interrotta la trattativa pel cholera che sì fieramente dominò in quell'anno, tornai ad insistere nel 1838 e 1839, e ne avea quasi affidamento nel 1840 e 1841; quando si stimò, ad ottenere più facilmente quella cattedra, di chiedermi atti e condizioni, ai quali

troppo si ribellava l'indipendenza dell'animo mio. Dovetti in conseguenza abbandonarne allora per sempre il pensiero: mi convinsi che nulla avrei mai potuto aver di comune con quel regime che governava allora lo Stato romano, e mi rifugiai nella pratica e a preferenza degli esteri.

Fu più fortunato di me il Valeri molti anni più tardi, ed egli ebbe la gloria di schiudere così il primo arringo alla vera e prima sorgente della scuola positiva a Roma, e in questo arringo lo seguì poi un ingegno assai preclaro ed illustre, il professore Baccelli.

Gli studii e i meriti personali portarono per concorso il Valeri al primariato degli spedali nel 1858, preziosa scuola per la scienza e per l'arte, e che non poco giovò al Valeri, quando a lui altro arringo si aperse, il più grande, il più ambito per un ingegno pratico, quello dell'insegnamento clinico che egli eserci prima come supplente al prof. De Crollis, eppoi in suo proprio nome fino dal 1865. E quella cattedra egli occupava il 1871 ancora, al primo regolamento dell'Università romana sotto gli auspici del regno italico; ed un diritto indisputato ve lo avrebbe per certo mantenuto.

Intanto il nostro distinto collega, il benemerito ex-presidente dell'Accademia nostra, il prof. Carlo Maggiorani, tornava dall'esilio, ove egli avea, e con tanto onore, retto la clinica medica di Palermo, ed a lui e al pubblico pareva grave ch'egli dovesse tornare all'antico insegnamento dell'igiene e della medicina legale frustrando la gioventù dell'Università romana di quel pratico insegnamento del quale avea dato un sì glorioso saggio nell'esilio. E frattanto delle lotte, anco non belle, dividevano gli

animi, quando alla generosità ed al gentile spirito del dott. Valeri non resse il cuore che l'uomo che egli avea avuto, già gli ha molti anni, a maestro, dovesse in certo modo stargli secondo, e si proferse spontaneo a cedere a lui la cattedra clinica passando egli ad altra che allora era in fama di meno interessante, ma che ben presto e sotto l'impulso dei nuovi studii è a mio senno destinata a diventare probabilmente la più importante della medicina, dico quella dell'igiene pubblica, quella della medicina politica e sociale.

Il Valeri lavorava a farsi un corso che pari riuscisse ai bisogni dell'epoca in un ramo al quale si era tenuto quasi fino allora straniero, quando la morte immatura venne a troncargli l'opera in sul più bello del suo cammino.

Questo fu il corso delle dignità e carichi ufficiali che segnarono la carriera medica del prof. Valeri; ma quali furono le evoluzioni, quale la posizione che il suo intelletto assunse nella scienza in mezzo a quelle vicende varie che la nostra professione ha subito e dalle descrizioni delle quali esordiva il mio discorso?

L'ingegno del Valeri si concentrò anzitutto e si piacque nelle contingenze della medicina pratica, e come tale si mostrò poco proclive ad accettare nuove dottrine a meno che queste non fossero il portato inesorabile dei fatti clinici. Il Valeri pertanto si iscrisse nella schiera di quei valenti che poco curano le brillanti ipotesi, le splendide dottrine o cercano nell'eloquenti frasi il successo; ed in ciò si associava quindi alla scuola moderna e positiva. Ma non è già che il Valeri non professasse alcuna dottrina, ed anzi pochi altri furono per avventura più tenaci

di lui a certi principii, ad un sistema sul quale egli avea collocato i fatti ed ordinato l'indole della sua pratica. Avviene in tali casi delle dottrine mediche, come delle morali, come delle religiose. Ciascuno per quanto anco si vanti d'indipendenza, di opinioni, di disprezzo a teorie, a dogmi, a sistemi, se ne fa per necessità uno in capo che meglio risponde all'indole del suo ingegno, all'ordine dei fatti ai quali si è improntato il suo intelletto, e se ne vale a spiegare e dare ragione degli eventi che gli occorrono e perciò anco a farsene regola di condotta nelle inevitabili congiunture della vita. Sotto questo punto di vista coloro che si vantano d'essere i più positivi obbediscono spesso non meno degli altri ad un sistema, e quando il Darwinista a mo' d'esempio (ed io stesso sono tale) vi parla della lotta per la vita esso fa per certo della teoria, ed anzi della cattiva teoria, fa dell'antropomorfismo dottrinale, del teleologismo ipotetico per spiegarsi un fatto il più naturale che è quello che la maggior forza soverchia la minore.

Il Valeri aderì alle antiche dottrine della vecchia scuola ippocratica, che è certo non meno sistematica di qualsiasi altra, e cotesta sua predilezione si può ben desumere dalla prolusione all'insegnamento clinico che egli pubblicò in inglese a Boston in omaggio, credo io, a quei medici coi quali si era trovato meglio in corrispondenza, e per gl'infermi coi quali visse più spesso in contatto, ossia gli Americani che visitano Roma, fra i quali egli ebbe la pratica la più estesa.

Il Valeri mantenne recisamente la dottrina della forza vitale quale un'essenza a parte che avesse altre leggi, diverse da quelle delle forze meccaniche o

chimiche, della materia inorganica: egli inclinò a difendere la natura medicatrice per quanto certo la intendesse nel senso retto del Baglivi; di una natura inconsciente e non razionale, ma dalla provvidenza ordinata a modo che riconducesse l'organismo infermo alla sanità. Egli professò la dottrina delle crisi con tutte le regole di giorni, modi e mezzi di natura descritti dai classici nostri ed ai quali si riporta ognora nella sua prolusione. Egli non attribuì nè al medico, nè ai rimedi (come nell'antica dottrina), quasi alcuna propria virtù, salvo quella dell'aiutare l'opera della natura stessa, ed infine si disse e si mostrò nella sua pratica il più zelante, il più convinto ipocratico.

Or bene, la più parte di questi teoremi sono ripudiati dalle dottrine che ora sono in prevalenza; e temo forte che pochi fra voi e forse neppure io stesso ce ne dichiareremmo fautori molto caldi.

Ma per l'altra parte se cotesta medicina antica ebbe forse il torto di esagerarsi la competenza delle forze generali di ciò che chiamò natura, se fece un soverchio assegnamento sull'importanza della subjectività organica, e se talora tutto in dicendola inconsciente ed irrazionale, ne antropomorfizzò frattanto le azioni a modo da crearne dottrine al postutto teleologiche, non è men vero che la scuola che si dice ora *positivista pura*, la scuola materialista ha esagerato e falsato il valore dell'obiettività, trascurando o negando, ciò che è peggio, fatti non meno reali, non men positivi di quelli che pur tanto onorano i suoi studii e che hanno di tanto migliorato la nostra pratica ed avvalorato la nostra scienza. Non vi ha dubbio che nel positivismo attuale della nostra scienza medica, che nelle osservazioni necroscopiche, che

nelle termometriche, nelle topiche è la ragione vera del reale progresso da noi fatto e il fondamento per l'avvenire, ma a fronte di ciò, vi ha fatti d'indole generale che la medicina positiva ha torto di trascurare o non valutare, almeno alla stregua di loro importanza.

Ed invero havvi forse un solo che possa negare che un certo dato periodo compete ad alcune malattie, e che a modo d'esempio vi ha nelle febbri essenziali un periodo, per lo più settenario, che ne governa l'andamento e che il trascurarne il calcolo è cagione talora di danno o anco di morte, talora di cronica morbosa successione pell'infermo? Havvi forse un solo medico che abbia oltre i 30 o 40 anni di pratica e che non sappia come i morbi stessi differiscano, e grandemente, secondo i tempi e le costituzioni?... Vi citerò un esempio. In cinquantadue anni di pratica la scarlattina si mostrò a me in Italia come una malattia sì lieve, da ridere dei timori di coloro che si spaventavano, ricordando come fierissima e pericolosa è in Inghilterra e più in America. Or bene, tutti voi ricordate come gli ha sei o sett'anni, avemmo una ferocissima costituzione, durante la quale un'infinito numero di bambini ed anco di adulti morivano per scarlatina e sotto le migliori cure. Ecco pertanto lo stesso morbo che si mostra frattanto, per generali contingenze, al tutto diverso. Chi di noi farebbe ora i salassi che praticò gli ha 30 anni o 40 anni fa con splendidi risultati, mentre infallantemente quei salassi ucciderebbero ora l'infermo? Io ho dovuto lottare in Francia colla scuola la più eletta e positiva di Parigi per dimostrare ad essa che vi ha a mo' d'esempio una bronchite scrofolosa, una sifilitica, una gottosa, un'erpetica, un'ir-

ritabile o isterica, come una catarrale, e che quelle hanno altri sintomi esigono altra cura, ed anzi con quella sola cura si guariscono; e non altrimenti.

Per sicuro non havvi un solo medico pratico che nella diagnosi di un morbo non si affidi ai *segni*, piuttosto che ai sintomi generali. E frattanto quanto male giudicherebbe o prognosticherebbe del morbo chi non guardasse molto più ai sintomi generali che ai segni locali? L'applicazione del termometro alla valutazione della febbre fu preziosa applicazione, ma fa il più grande errore chi dal solo termometro pretende giudicare della gravità della febbre, la quale si giudica molto più sicuramente con quei generali criteri sintomatici di nostra antica scuola. Or bene tutti questi veri sono pur troppo trascurati o negati dalla scuola positivista pura, dalla localizzatrice, e sono questi veri che il Valeri difendea *rostris et unguibus* e ne avea ragione.

La vera arte, la vera scienza sta nell'accogliere tutti i fatti, tutti i principii, purchè a ciascuno si dia quel tanto di valore che l'osservazione e che l'esperienza ci dimostrano a ciascuno di loro competere e nelle contingenze, modi e tempi in che ciascuno lo ha.

Pur troppo egli avviene che quando la scienza e la civiltà hanno soverchiamente ad un lato piegato, si fa per reazione un ritorno nel senso opposto, che si dice ed è progresso, perchè è un ritorno verso il vero; ma se a sua volta quello soverchia ed eclissa le antiche nozioni, si spinge nell'errore, mentre per certo il più reale progresso sarebbe in ciò che non si trascendesse mai troppo o per l'uno o per l'altro lato. Gli è per ciò che coloro che come il Valeri si fanno difensori di vecchi, benchè già abusati prin-

cipii di scienza, esercitano una sana ed utile azione per il vero progresso scientifico, quando questo sembra inclinar troppo nell'andazzo contrario. Gli uomini che come il Valeri richiamano e difendono quelle deserte ed abbandonate verità fanno opera di vero progresso, trattenendo questo di correre nell'errore. Anzi a questo proposito avviene che certe forme, certe parvenze di vero, meglio si accomodano all'indole di una o di un'altra intelligenza; ed è perciò che la vera scienza non trovasi che nel concorso di molti individui, nè havvi individuo per grande che sia che ne abbia il monopolio, e specialmente in quella *ars longa* cui troppo *breve è la vita*. Questo fatto ha una ben più grande portata; imperocchè come di ogni individuo, così avviene del genio di ogni nazione il quale s'informa più presto ad uno che ad altro tipo; e secondo che il genio o dell'una o dell'altra nazione nella civiltà del tempo predomina, ne avviene che questa s'impronta soverchiamente ad uno che ad altro stampo. Ebbene volete voi che io vi confessi intiero il mio pensiero?... Lo sviluppo che ha preso così largo, così forte il movimento intellettuale nell'occidente e nel nord dell'Europa, e fra le nazioni germaniche al di sopra delle latine, imprime alla civiltà ed alla scienza dei nostri di un carattere empirico atomistico, sgretolato che trascende soverchiamente sui particolari, e ciò perchè manca ad esso il concorso del genio largo, comprensivo, sintetico, generalizzatore dell'intelletto italiano. Sì: il genio italiano non ha acquistato il suo sviluppo, non esercita l'influenza che esso debbe avere nella civiltà generale: esso, secondo me, si lascia troppo dominare dalle cose di Lamagna, mentre ad esso s'appartiene l'impadronirsene, il dominarle, l'assimilarsele e fon-

derle in quelle formole le quali rappresentano la verità del tempo ed il progresso di un'epoca. In ciò l'indirizzo dell'ingegno del nostro Valeri rappresentava meglio l'indole della scienza italiana, e quel criterio d'insieme che è indispensabile al giusto apprezzamento del morbo, al letto dell'infermo, ed alla vera scienza.

Imperocchè mal si oppone chi stimi che all'esercizio pratico dell'arte medica una sola qualità anco soverchiante e sia pure quella dell'intelletto, quella perfino del genio sia bastante, poichè vogliansi tutte riunire egualmente, quelle della mente, quelle del cuore, le morali, le affettive e perfino quelle dei modi, quelle delle esterne apparenze; ed è perciò che l'esercizio della medicina è senza dubbio la più difficile come la più bella di tutte le arti. Ed in ciò il Valeri fu veramente fortunato. Dotato di una naturale bontà, egli si prestò ognora con la più grande affezione, con uno zelo infaticabile, con un amore, con una carità esemplare a pro' dei suoi malati, e anzitutto del povero. Chi lo ha visto nell'esercizio del primariato e allo spedale sa con quanta devozione, con quanto amore, con quale assiduità egli si prestasse per gl'infermi; e quando gli parve che la salute non gli consentisse di farlo con lo stesso ardore, egli si dimise dal primariato e rifiutò qualsiasi compenso, che a testimonianza dei suoi servigi gli offriva l'Amministrazione. Anzi il Valeri mi esprimeva più volte il concetto: che era dolente di dovere provvedere ai suoi, che avrebbe avuto molto più caro che il denaro che gli era venuto dalle cure degli infermi andasse a beneficio di questi in uno spedale, che avria voluto poter chiamare erede di quelle sostanze che avea con tante fatiche accumulate.

Io nol vidi nell'esercizio del primariato, ma lo ebbi spesso a compagno nella pratica privata, nè vidi mai un medico restare più a lungo al letto dell'infermo a meditarne replicatamente tutte le contingenze, non ributtarsi dei più penosi uffici di nostra arte e dedicare tutto se stesso al bene dei malati, e molto più oltre che la salute poco ferma gliel consentisse. Il Valeri nel chiudere la prolusione alla sua clinica, della quale vi ho parlato più volte, esprimeva il concetto: che non bisognava lusingarsi, seguendo coscienziosi le norme dell'arte, dell'essere amati dagl'infermi o apprezzati dal mondo. Ebbene di questo melanconico dettato che una qualche traversia gli strappò forse dalla bocca dovea il Valeri essere la confutazione la più patente. Voi lo aveste tutti a collega; ed io oso dire che s'egli potè avere un qualche antagonista non ebbe mai un solo nemico. Lo si parve chiarissimo quando nel 1877 trattavasi di nominare un rettore all'Università e toccava il turno alla facoltà medica di eleggerlo. Ebbene egli sortì eletto a pieni voti. I tempi erano difficili, diversi gli umori, ardenti i partiti, eppure il Valeri seppe sì bene governare le cose e fra colleghi, e dinanzi alla scolaresca che egli venne per due volte confermato nella invidiata dignità. Quale più bella e più splendida mostra dell'amore e della stima dei colleghi e della professione verso il Valeri? Ne è già a dire che il Valeri andasse a caccia degli onori. Quando egli fu rieletto al Rettorato non voleva ad ogni costo accettare, e fui io che il persuasi, dicendogli che i carichi pubblici e gli onori non si cercano, ma che è codardia il rifiutarli quando a quelli si basti. Nè certo fu il Valeri di animo rimesso e troppo facile a cedere alle voglie altrui nell'esercizio

dei suoi doveri, che anzi *di rado* mi avvenne di trovare uomo più fermo e men pieghevole nei principii, ma altrettanto era egli rigido in quelli, altrettanto fu egli tollerante delle opinioni e dei principii altrui, e salvo ove il dovere glie ne facesse legge era ognora largo, indulgente, accomodante. E questa tolleranza la portò in tutto e con tutti. Fervente in religione non chiese mai se altri credesse o no, liberale moderato e dei più convinti costituzionali monarchici ebbe amici fra uomini, perchè onesti, dei partiti i più avversi; probo fino allo scrupolo, se evitò sempre di legarsi con uomini che meno stimasse, non l'intesi mai parlar troppo acerbo di altrui o entrare in lotta con chicchessia, reciso nelle opinioni scientifiche, non si curò mai di imporle ad altri nè sostenerle in pubblico, se non allora che fu chiamato a farlo per dovere. Gli è che anzitutto rispettò sempre l'opinione altrui: preziosa qualità in tutti i tempi, ma specialmente in quelli incerti, travagliati che noi corriamo, e nei quali non havvi quasi un'opinione la più eccessiva che non conti un qualche illuso. Erano queste virtù che resero il Valeri caro e stimato a tutti. Voi sapete come restio egli fosse a voler dignità o distinzioni. Il Re l'onorò della croce dei SS. Maurizio e Lazzaro e della commenda della Corona d'Italia pei servigi resi nel Rettorato; e l'Accademia, la Facoltà lo cercarono a gara in ogni occasione.

Signori, io esordiva il mio discorso dal descrivervi come aspre, come dure fossero le sorti degl'intelletti slanciati nelle tormentose veci di un'epoca d'incerta evoluzione come la nostra. Permettetemi ora che io la chiuda con due concetti che ci devono in quelle traversie consolare.

Non havvi epoca, per scettica che sia, che non s'inchini rispettosa dinanzi all'uomo che si sacrifica al sentimento di un dovere desunto da una convinzione, da una fede qualsiasi.

In mezzo ai grandi, ai prodigiosi progressi dell'epoca nostra il mondo non si affida veramente che a quelli che nobilitano l'animo, depurano il sentimento, migliorano il cuore, avvalorano la morale; e dell'esattezza di questi due concetti non ho che a citarvi il Valeri. Lontano dalle brighe, dagl'intrighi, in mezzo ad una delle più grandi rivoluzioni ottenne egualmente sotto i due opposti regimi tutti quei carichi e quegli onori i più alti cui possa aspirare il medico il più ambizioso. Amato profondamente dalla donna ch'egli profondamente amò, adorato dagli amici, dai clienti, apprezzato dai colleghi, onorato dal mondo, stimato da tutti ha vissuto tranquillo, attivo in mezzo a tutte le vicende, perchè ebbe ognora a scorta di sua vita queste due cose. Una forte convinzione, che gli fu scorta incessante nella via della rettitudine; la religione del dovere.

Collegli, io invidio la sorte dell'uomo che, scendendo nella tomba, porta con sè la coscienza che a quei due principii non falliva giammai.

Il socio MOLESCHOTT fa la seguente comunicazione sull'uso del *Jodoformio nel diabete mellito*.

Egregi Collegli. — Come io già lo dichiarava al nostro chiarissimo Presidente, egli è una nota preventiva che desidero comunicarvi, in parte per assicurarmi alcuni fatti che mi sembrano non privi di importanza, in parte perchè invocando la vostra attenzione sopra un argomento terapeutico, so di associarmi quella attiva ed autorevole cooperazione,

alla quale potrò attingere la conferma che io auguro ad una speranza concepita in favore dell'umanità sofferente, ovvero, se le mie previsioni non si avverano, quell'imparziale e definitivo giudizio che sta nel voto di ogni scienziato, come di ogni filantropo.

Io ottenni dei vantaggi dalla propinazione del jodoformio nel diabete mellito, e, senz'altri preamboli, racconterò con brevità quel che osservai in cinque casi, riservandomi di tornarci sopra, quando avrò raccolto un materiale più abbondante.

Caso primo. — Uno dei più dotti matematici d'Italia, dell'età di 63 anni, emetteva al massimo 2,3 litri d'orine, della densità di 1017, e con esse 19,4 grammi di glucosio in 24 ore.

Col salicilato di soda (nella dose giornaliera di 3 a 4 grammi) la quantità delle orine si ridusse alla norma (1500 c. c.), e la quantità del glucosio a 1 grammo per giorno.

Questo grammo di zucchero, che si era mantenuto per cinque settimane (oscillando fra 1,2 ed 1,4), scomparve in 12 giorni in seguito alla propinazione di 1 decigramma di jodoformio, diviso in 2 dosi nelle 24 ore. Anche 34 giorni più tardi l'orina era priva di zucchero. Il rimedio si continuava.

L'osservazione è del 1878 (marzo-giugno), ed io perdetti l'ammalato di vista.

Caso secondo. — Il fratello di un collega, proprietario su quel di Spoleto, mi venne a consultare nel 1880 col chiarissimo signor dott. *Vincenzo Maggioli*. Egli aveva 40 anni, aveva sofferto di gravi febbri malariche (1869 e 1879), e ne aveva ritenuto ingorghi alla milza ed al fegato. Soffriva d'incontinenza d'orina, e questa, della densità di 1031, conteneva molto zucchero. Non posseggio cifre sulla quan-

tità delle orine, nè della proporzione di zucchero che contenessero; l'ammalato abitava fuori di Roma; egli era in condizioni generali molto infelici, spossato, dimagrato, misero.

L'uso del jodoformio (10 centigrammi al giorno) dal 26 giugno al 19 agosto avea fatto scomparire lo zucchero quasi intieramente dalle orine. In queste otto settimane il paziente avea guadagnato 1,5 chilogramma di peso.

Il 27 ottobre successivo, ossia dopo altre 10 settimane, era cresciuto di altri 2,5 chilogrammi, e le orine non contenevano che tracce di zucchero.

In gennaio 1882 nelle orine non si trovò glucosio affatto.

Non debbo tacere che quest'ammalato prendeva simultaneamente le acque alcaline ferruginose-arsenicali della sorgente di S. Louis di Vals, e che dopo il mio esame il suo morale fu molto rialzato, essendomi riuscito di liberarlo dal timore di avere una grave malattia del midollo spinale. Egli fu in grado di riprendere una vita molto attiva.

Caso terzo. — Il terzo caso si riferisce ad un uomo insigne che divide il suo tempo fra la politica e le lettere.

Egli ha sofferto a più riprese di glucosuria, la quale però non era accompagnata di poliuria.

La prima volta il jodoformio ha fatto scomparire il glucosio dalle orine che presentavano la densità di 1021 nel mese di luglio 1881.

Nel dicembre del medesimo anno la glucosuria ricomparve:

		Densità	Zucchero in 24 ore
1881	27 dicembre . . .	1033	14,4 grammi
1882	13 gennaio . . .	1025	3,0 »
»	16 marzo . . .	1042	1,6 »

mentre non venivano emessi più di 1200 c. c. d'orine al giorno.

Faceva prendere questa volta 20 centigrammi di jodoformio in 24 ore, ed il notevole miglioramento fu ottenuto, quantunque venissero completamente trascurate le regole dietetiche che in simili casi trovano raccomandazione.

La salute generale della persona in quistione fu ed è buona, e non saprei additare un momento eziologico in questo caso se non è l'eccesso di lavoro.

Caso quarto. — Uomo d'affari, 46 anni, occupatissimo, preoccupatissimo, tormentato e molto abbattuto.

La sua glucosuria fu scoperta dal dottor *Labbée* a Parigi, il quale trovò 26 pro mille di zucchero nel mese di novembre 1881, quando l'ammalato emetteva fino a 3 litri d'orina al giorno, il che darebbe 78 grammi di glucosio per 24 ore.

Dal 24 dicembre feci prendere da prima 10 centigrammi di jodoformio al giorno, e saliva a poco a poco fino alla dose giornaliera di 30 centigrammi.

		Quantità giorn.		Quantità giornaliera	
		d'orina	Densità	di zucchero	
1882	13 gennaio	3 litri	1026	28	grammi
»	3 febbraio	4 »	1025	15	»
»	13 marzo	2 »	1020	1,8	»

L'ammalato mangia circa 200 grammi di pane al giorno e non si astiene da maccheroni. Il suo stato generale ha migliorato assai.

Caso quinto. — Signore appartenente ad uno dei primi casati di Roma, di 62 anni. Lo vidi in consulto col nostro chiarissimo collega il dott. *Antonio Maggiorani*, in occasione di una polmonite doppia, che fu felicemente superata, caso non tanto frequente in un diabetico.

Sul finire di dicembre 1881 venivano emessi fino a 55 grammi di glucosio in 24 ore.

Vinta la polmonite si propinò il jodoformio, salendo da 10 fino a 40 centigrammi al giorno.

Già il 10 di gennaio 1882 lo zucchero era ridotto a tracce; il 24 dello stesso mese a zero, e zero rimase per tre giorni.

Venne sospeso il jodoformio durante sei giorni, e già il terzo di questi in 24 ore vennero espulsi 4, il quarto giorno 12 grammi di glucosio, anzi il 6 febbraio questo era salito a 15, quantunque già il primo di detto mese fosse ricominciata la somministrazione del farmaco. Continuando e crescendo la dose del medesimo fino a 30 centigrammi al giorno, ricadde la cifra dello zucchero, fu zero il 14 febbraio e zero rimase fino al 20 dello stesso mese.

Poi senza causa ben conosciuta risalì di nuovo a 9 grammi il 21 febbraio. La dose del jodoformio fu aumentata a 40 centigrammi (quattro volte dieci centigrammi al giorno). Il 27 e 30 marzo le urine non contenevano punto zucchero. Il 3 d'aprile invece ne furono evacuati 6 grammi.

In questo caso non vi fu grave poliuria, il massimo giornaliero essendo stato di 2400 centimetri cubi durante la polmonite, di 2650 dopo di essa.

Ed ora mi sia lecito dire una parola di conclusione. Non la pretendo, fin d'ora, ad aver trovato il rimedio vero ed infallibile per curare il diabete mellito.

Per giustificare tanta fede, lo riconosco volentieri, i miei casi non sono abbastanza numerosi, nè abbastanza gravi, nè per un tempo sufficiente tenuti

in osservazione. Anzi, se la glucosuria fosse una malattia che si presenta ogni giorno e che in poche settimane si giudica, non mi sarei deciso adesso a pubblicare le mie sperienze. Ma trattandosi di una malattia ribelle ed imponente, e sovra tutto di un morbo che rende tanto più grave ogni malattia che ad esso si sovrappone, mi sembra doveroso l'assicurarsi la prova e contrapprova di cospicui colleghi, nella speranza di segnare a forze unite un progresso nell'arte e far un bene all'umanità.

Quel che mi pare risultare dai fatti sovraesposti si è che il jodoformio è un rimedio promettente nella glucosuria: promettente poichè in pochi giorni produce una notevole diminuzione del glucosio eliminato fino al punto di farlo scomparire dalle orine (casi primo e quinto); finchè la guarigione è mal sicura, la sospensione del jodoformio è susseguita dalla ricomparsa del glucosio, e questo scompare di nuovo riprendendo ed aumentando la dose del rimedio (caso quinto); si può ottenere il miglioramento quand'anche le regole dietetiche che consigliano la diminuzione degli amilacei, vengano più o meno trascurate (casi terzo e quarto); lo si può raggiungere ancora, sebbene il paziente sia travagliato da cure, agitazioni e soverchio lavoro (caso quarto); finalmente il jodoformio trionfò di un leggier diabete che era rimasto refrattario al salicilato di soda (caso primo). In una parola, il jodoformio porta vantaggio nella glucosuria in breve tempo e ad onta di sfavorevoli circostanze dell'alimentazione, del lavoro, del morale.

In possesso di simili fatti, sarebbe per me uno scrupolo di coscienza il non applicare il jodoformio in un caso di glucosuria affidato alle mie cure, tanto più che sono giovevoli anche piccole dosi, mentre

impunemente si possono amministrare fino a 40 ed anche 50 centigrammi al giorno. E quindi mi persuado di compiere un dovere comunicando le mie osservazioni a questo dotto consesso che potrà autorevolmente contribuire a mettere in sodo od in fallo i tentativi che hanno acceso la mia speranza per conseguire un arduo scopo.

Dal quinto caso, per il quale io devo una lunga tavola di cifre a quel valente cultore di chimica fisiologica che è il marchese *Stefano Capranica*, si deduce che il jodoformio può eliminare il glucosio, senza ridurre la quantità delle orine. Quest'ultima, per esempio, il 30 di marzo montava a 2650 c. c., sebbene le orine non contenessero traccia di zucchero. Ed in convalidazione dell'asserto troviamo nella quarta osservazione il glucosio ridotto da 28 a 15, quando la quantità delle orine era cresciuta da 3 a 4 litri.

Se da un lato questi fatti comprovano che la glucosuria è indipendente dalla poliuria, sembrano pure indicare che il jodoformio è più efficace per scacciare il glucosio che per diminuire la quantità delle orine.

Sul modo di coprire l'odore del jodoformio.

I tentativi per togliere o nascondere l'odore penetrante ed a certe persone assai spiacevole, anzi a taluni insopportabile che manda il jodoformio, l'olio essenziale di menta piperita raccomandato da *Gutsch*, l'olio essenziale di fiori d'arancio adoperato dal prof. *Mario Panizza*, l'unione di queste due essenze prediletta da me stesso, il balsamo Peruviano encomiato da *Rodsewitsch* ed *Orsi*, non corrispondono intieramente all'esigenza.

Il dott. *Bum* di Vienna ebbe la felice idea di provare la fava Tonca, della quale *Mosettig-Moorhof* assicura che due semi dimezzati bastino per disodora-
re 100 grammi di jodoformio. Non appena io ebbi notizia di questo fatto, cominciai a servirmi della cumarina, la quale, come ben si sa, è il principio odoroso non solo della fava Tonca, ossia dei semi di *Dipteryx odorata*, i quali ne contengono più dell'1 0/0, ma pure dell'erba di *Asperula odorata* e di *Anthoxanthum odoratum*, incontrandosi inoltre nelle foglie di Faham (*Angraecum fragrans*) e perfino nella *Ruta graveolens*, a tacere di altre piante che si trovano enumerate nei manuali o dizionari di chimica. Ebbi a verificare che questa cumarina o l'esteranidride dell'acido cumarico, $C_9 H_6 O_2$, corregge meravigliosamente l'odore del jodoformio, sia per l'uso interno che per l'esterno.

Per l'uso interno la mia formula abituale è ora :

Jodoformio	1,0
Estratto di lattuca sattivà	1,0
Cumarina	0,1

da farne 20 pillole, da voltolarsi in polvere di gomma arabica, e da prenderne da 2 volte 1 fino a 4 volte 2 in 24 ore. Se ne trovano assai bene le isteriche, le quali prendendo il jodoformio senza l'aggiunta di cumarina, sovente si lagnavano di rutti coll'odore e sapore di quello.

Esternamente, ad una pomata che contenga un gramma di jodoformio per 15 di veicolo, sugna o vasellina che sia, aggiungo 0,05 di cumarina, non meno! ed avverto che conviene scrivere delle quantità non troppo grandi di questa pomata, perchè la cumarina si volatilizza più rapidamente del jodoformio, e quindi conservando lungamente la pomata,

già profumata di cumarina, finisce per rimanere l'odore del jodoformio senza l'amenata compagnia del correttivo.

Da più mesi parecchi stimati colleghi di Roma hanno accettato il mio suggerimento, e la farmacia *Garneri* tiene provvista di cumarina. Ma dopo di aver iniziato fra noi l'uso di questo profumo per velare l'odore del jodoformio, lessi che anche il *Bum* ha di già preconizzato la cumarina, ed io gli cedo di buon grado una priorità la quale d'altronde era di facile acquisto, encomiata che fu la fava Tonca dal *Bum* medesimo. Sarei felice però, se queste mie parole, accreditate fin d'ora dall'uso di parecchi medici romani, potessero contribuire a rendere più gradita l'applicazione del jodoformio e quindi più diffuso il miracoloso rimedio.

Il socio PANTALEONI: Io sento, per mia parte, molta gratitudine al prof. Moleschott che ha voluto farci la importante comunicazione di un metodo terapeutico, che presenta grande probabilità, a quanto sembra, di guarire una malattia che sin qui fu reputata quasi incurabile.

Una domanda vorrei indirizzare al mio egregio collega, ed è se egli ha osservato nella glucosuria l'acidità della saliva, come è avvenuto a me di verificare più di una volta. Una seconda domanda che io gli faccio è, se egli non creda che possa attribuirsi, nelle sue esperienze terapeutiche, una qualche parte dell'azione curativa alla cumarina che ha adoperata unitamente allo jodoformio, sapendosi che quella sostanza, e lo stesso vegetale da cui viene estratta, cioè la fava Tonca, possiedono anche virtù evidentemente curative in alcune affezioni del sistema nervoso, specialmente nelle neuralgie.

Il prof. Moleschott sa meglio di me che il primo quesito si collegherebbe all'altro tuttora insoluto sulla vera natura della glucosuria.

Il socio MOLESCHOTT: Ringrazio il mio ottimo collega Pantaleoni d'avermi indirizzate queste due domande. Colla prima egli mi ha messo sulle tracce di alcune esperienze che è mia intenzione di fare quanto prima. Noi però abbiamo quelle dell'egregio prof. Fubini, che è presente alla seduta, ed il quale ha sempre trovato acida la reazione della saliva parotidea dell'uomo in qualunque circostanza. Quanto all'altro quesito che riguarda la cumarina, oltrecchè potrei anch'io confermare in parte la virtù antineuralgica della medesima, avendola usata qualche volta nelle neuralgie, debbo però rispondere al dubbio assai giudizio del mio collega, che io non credo impossibile che la cumarina possa coadiuvare l'azione del jodoformio nel trattamento del diabete mellito, ma che io, nel maggior numero dei casi di diabete, adoperavo il jodoformio senza l'aggiunta di cumarina.

Il Socio MARCHIAFAVA comunica *un nuovo caso d'indurimento polmonale consecutivo alla polmonite fibrinosa acuta*:

Nella passata seduta io ebbi l'onore di esporre alcuni miei studi sopra due esiti non comuni della polmonite fibrinosa acuta, cioè in indurimento e in degenerazione caseosa dell'essudato.

Nel mese corrente mi si è offerta l'occasione di studiare un altro caso d'indurimento polmonale consecutivo alla polmonite fibrinosa acuta nel lobo inferiore del polmone sinistro, in un uomo morto all'ospedale di

S. Spirito, dopo 24 o 25 giorni da che vi era entrato con i sintomi di polmonite sinistra.

Il caso è tanto più interessante, in quanto che potei studiare nel medesimo, in un modo evidente, l'esordire del processo d'induramento e perchè l'essudato fibrinoso residuo presentava una degenerazione non ancora descritta nella polmonite lobare acuta.

Il lobo affetto era aumentato di volume e di peso. Al taglio presentava una marcata resistenza, ma un po' minore di quella riscontrata nei polmoni che presentai nell'ultima seduta. Inoltre la superficie di taglio di color rosso grigiastro si presentava gremita di un numero grandissimo di puntolini bianco-splendenti e giallo-dorati, non sporgenti alla superficie, ma depressi.

L'esame microscopico di sezioni fatte dei pezzi indurati, prima nel liquido di Müller e poi nell'alcool, dimostra l'esordio dell'organizzazione dell'essudato, come io già lo descrissi nella volta passata, cioè la sostituzione all'essudato fibrinoso di un tessuto connettivo ricco di vasi sanguigni dal lume ampio e dalle pareti sottili, e originanti dai vasi sanguigni delle pareti degli infundiboli e degli alveoli.

Ma il fatto più importante in questo caso, e che mi ha spinto alla presente comunicazione è l'accennata degenerazione dell'essudato endoalveolare. Mentre in alcuni alveoli si vedono i residui dell'essudato crouposo o ancora conservato, o in degenerazione grassa e mucosa nel centro del nuovo tessuto connettivo, in molti altri alveoli si vede una sostanza splendente, diafana, intensamente rifrangente la luce, conformata a zolle o a fasci concentrici. Questa sostanza ricorda per i suoi caratteriottici l'amiloide, ma se ne distingue per le reazioni, giacchè non prende il colore caratte-

ristico, trattata colla tintura di jodio, e col violetto di metile. Si tratta quindi certamente della così detta degenerazione jalina dell'essudato endoalveolare, degenerazione, la quale non era stata fino ad ora notata nell'essudato polmonitico.

Da questo solo caso non si possono trarre conclusioni di sorta. È probabile però che altre osservazioni la dimostrino ancora, ed è anche probabile che quei casi di lenta risoluzione della polmonite fibrinosa, davanti ai quali suole trovarsi spesso il pratico, dipendano da questa degenerazione dell'essudato, la quale, a differenza delle degenerazioni comuni, ne renda più difficile il riassorbimento.

Il socio COLASANTI: Il signor Stefano Capranica desidera far noti all'Accademia il risultato dei suoi *Studi ulteriori sui pigmenti biliari*. In altra circostanza io ebbi il piacere di comunicare all'Accademia alcune ricerche chimico-fisiologiche fatte dall'Autore nel suo laboratorio privato sopra i pigmenti biliari. Oggi egli torna sullo stesso argomento e tratta dell'azione di alcuni agenti fisico-chimici sui pigmenti della bile e di alcune altre particolarità chimico-fisiologiche dei pigmenti stessi:

1° L'Autore studia la solubilità della bilirubina pura. Da uno specchio dei coefficienti di solubilità per i solventi neutri. Questi coefficienti furono determinati alla medesima temperatura e nelle medesime circostanze ottiche;

2° Parla dell'azione foto-chimica e conclude che la bilirubina si diparte dalla legge foto-chimica generale. In tal caso dà un quadro dei risultati ottenuti nelle medesime unità di tempo, per i vari raggi, constatando che la bilirubina è massimamente impres-

sionata dai raggi arancio-gialli, nulla dai blu, indaco e violetti;

3° Fa cenno dell'azione di tre corpi allo stato gassoso non studiati durante le ricerche già comunicate nella seduta del 27 novembre 1881.

Questi gas sono: l'acido solforoso; il cloro; l'ozono.

L'acido solforoso produce una combinazione con la bilirubina, la quale non dà più reazioni col Br.

Il cloro la decolora e la decompone.

L'ozono la trasforma in un composto capace di reagire sul liquido di Fehling il quale viene fortemente ridotto.

L'Autore si dilunga sull'azione dell'ozono, riserbando le ricerche fisiologiche occorrenti allo studio della questione.

Il corpo prodotto viene dall'Autore chiamato ozonbilirubina, onde ricordare in tal modo la sua origine.

Questa ozonbilirubina viene descritta nelle sue reazioni e differenziata dall'oxyphenol, la quale come si sa, rinviene nelle urine di alcuni animali.

Il SEGRETARIO legge a nome del Dott. Ettore Baistocchi una breve comunicazione intitolata: *Il ram-mollimento del trombo: Ricerche micologiche.*

Dal dicembre 1881 allo scorso febbraio ho avuto occasione di osservare, all'autossia, per tre volte una rara lesione, la cui origine fino ad oggi, per quanto mi consta, può dirsi tutt'affatto sconosciuta.

Virchow ha segnato col nome di fusione purulenta del trombo una speciale trasformazione di esso, che parmi identica per le apparenze macroscopiche a quella lesione da me trovata. Soltanto all'esame microscopico non v'ha più identità, onde a me piace designarla col nome di *fusione micotica del trombo.*

Il primo caso osservai in un coagulo fibrinoso adeso all'orecchietta sinistra del cuore, precisamente alla fossa ovale, di una donna di 54 anni, morta di idroemia per nefrite cronica con stenosi ed insufficienza mitrale.

L'endocardio aveva tutte le tracce di una endocardite antica, ma nulla di flogosi recente. Il coagulo del volume di una noce, rosso all'esterno, per deposito di poco sangue cruoroso, costituito da diversi strati di fibrina, era nel centro assai molle, ridotto ad una massa cremosa, giallognola d'aspetto purulento.

Il secondo caso vidi in altro coagulo adeso all'aorta toracica, subito al disotto dell'arco, di una donna di 78 anni, affetta da piaghe da decubito al sacro, marasmatICA e morta per meningite cronica con ateromasia e calciosi diffusa delle arterie.

Il coagulo della forma di una piccola lingua di neonato era adeso col suo estremo superiore o base. Coperto di sangue cruoroso all'esterno, era formato da pochi strati fibrinosi, e nel centro conteneva una piccola raccolta dello stesso aspetto purulento che nella prima osservazione.

Il terzo mi fu dato osservare nella convessità dell'arco aortico di un uomo di 65 anni, morto per enterocolite ulcerosa cronica con fistole molteplici rettali ed ateromasia diffusa delle arterie. Il coagulo di forma ovolare con una superficie un po' concava aderiva, prolungandosi in alto per un coagulo cruoroso, nel tronco brachiocefalico e nella carotide sinistra. Nella sua costituzione era perfettamente identico ai precedenti.

In ciascun caso fu fatto tosto l'esame microscopico con e senza colorazione al bleu di genziana, e si constatò una enorme quantità di micrococchi granulari,

la maggior parte isolati, pochi riuniti a due a due, altri raggruppati in zogle, ed una gran copia di gocce e granuli adiposi, ma non un globulo di pus.

Nel primo caso fu dal chiarissimo prof. Maiocchi fatta la coltura dei micrococchi e se ne ebbe per risultato una straordinaria moltiplicazione dei medesimi che però conservarono sempre la loro forma granulare.

La quistione micologica che riguarda il modo di penetrazione nell'organismo di questi parassiti non vuole essere qui presa in discussione.

Mi basta solo ricordare che nel secondo caso la via di entrata poteva trovarsi nelle piaghe da decubito, come nel terzo nelle fistole anali; mentre nel primo, mancando ogni lesione esterna, è solo lecito, ricordando i casi di endocarditi micotiche illustrati dal prof. Marchiafava, pensare che i parassiti siano per vie ignote penetrati nei vasi sanguigni o linfatici.

Il modo poi col quale il coagulo si formava può essere variamente interpretato. Così può credersi che se i micrococchi circolano per le reti linfatiche, come il Marchiafava ammette, abbiano alterato l'endotelio vasale o dell'endocardio in modo tale ch'esso siasi reso atto a far precipitare la fibrina del sangue. Ma se si guarda al fatto che i parassiti ponno trovarsi entro la massa sanguigna che scorre su superficie rugose, alterate, come ad esempio nei vasi ateromasici della seconda e terza osservazione, si ama meglio ritenere che il coagulo si forma come in ogni altra condizione di superficie ineguale ed aspra, e poscia si rammollisce all'interno per azione dei parassiti stessi che esso racchiude, avendosi da ultimo una metamorfosi adiposa degli elementi del coagulo. Da ciò nasce l'aspetto purulento che scorgesi ad occhio nudo.

Se questa ipotesi è giusta pel secondo e terzo caso, può valere anche pel primo, dicendo che qui pure poteva un coagulo stabilirsi nella fossa ovale senza bisogno di asprezze molto marcate, ma in seguito a lievi ineguaglianze, effetto di una endocardite antica e pel fatto stesso del reflusso e ristagno sanguigno, causati dal vizio della mitrale.

Con questa semplice nota preventiva ho voluto chiamare l'attenzione degli anatomo-patologi su tale argomento, onde, come reputo agevol cosa, si moltiplichino e si convalidino le osservazioni (che per parte mia proseguirò) per vedere se questa alterazione possa giustamente appellarsi *fusione micotica* del trombo, se dessa sia, come parmi, non altro che la fusione purulenta del Virchow, se infine possa supporci che i casi di questa lesione più frequenti in passato consecutivamente ad atti chirurgici, dipendevano sempre dalla presenza dei parassiti, epperò oggi siansi resi assai rari per opera della medicatura antisettica.

Il Socio MARCHIAFAVA: Senza togliere nulla alla importanza degli studi dell'egregio nostro collega di Parma, vorrei soltanto far notare che la fusione è stata già perfettamente descritta da altri.

Esaurita la parte scientifica, l'Accademia si riunisce in Comitato segreto per trattare argomenti d'ordine regolamentare.

La seduta si scioglie alle 2 1/2.

Il Segretario

Dott. C. BRUNELLI

Il Presidente

PROF. L. GALASSI.

Errata-corrigé — Nel precedente fascicolo, nella pagina 60, dalla linea 7^a alla fine, e nella pagina 61, dalla linea 1^a alla 7^a, si legga, in luogo di quanto fu scritto, quanto segue:

« Presentò all' Accademia alcuni preparati microscopici fatti col pus della gonorrea, nei quali si vedono distintamente, specialmente entro il protoplasma delle cellule, grossi micrococchi disposti due a due, come quelli già descritti da *Neisser*. Presento insieme altri preparati fatti col pus di un ascesso da puntura cadaverica, e dove si vedono micrococchi più piccoli e disposti a catenella, prevalentemente nel liquido intercellulare; diversi dunque per la grandezza, la disposizione e la sede da quelli della gonorrea ».

OPERE INVIATE ALL'ACCADEMIA

Sul valore del permanganato di potassa quale antidoto del veleno dei serpenti; del dott. *Badaloni*.
Esperienze ed osservazioni di clinica ostetrica; del prof. *F. Macari*.

Modificazione alle branche del litotritore d'attacco; del dott. *A. Ricordi*.

Atti dell'Associazione oftalmica italiana. Sessione di Roma.

Sullo jodoformio adoperato internamente nella febbre puerperale; del dott. *V. Maggioli*.

Ancora sul nuovo forcipe ad aste di trazione, del prof. Tarnier; Risposta del dott. *V. Maggioli* al dott. Duse di Chioggia.

La rabbia nel cane e nel gatto. Conferenza del dott. *G. Sapolini*.

Come l'onda sonora giunga al centro acustico. Studi anatomo-fisiologici del medesimo.

Resoconto e cenni statistici dell'ospedale di S. Spirito in Sassia pel triennio 1877-79.

Venise et son climat; par le doct. *Cazenave de La Roche*.

Note sur l'emploi du benzoate de soude dans le muguet; par le dott. *Edouard Tordeus*.

Contribution à l'histoire de la rubéola; del medesimo.
De la varicelle; del medesimo.

Etude sur les causes, la nature et le traitement de la coqueluche; del medesimo.

CRONACA DELL' ACCADEMIA

(Seduta straordinaria del 12 marzo 1882).

Nomine e presentazioni di candidature. — Vennero nominati soci corrispondenti dall'Accademia i dottori Amilcare Ricordi di Milano e Cazenave de la Roche di Mentone.

Due chimici-farmacisti, il sig. Atkinson di Londra e il sig. Demelinne di Maestricht (Olanda) si presentano candidati come soci corrispondenti esteri.

L'Accademia delibererà su queste due candidature allorchè verrà il turno delle nomine nella sezione di chimica e farmacia.

I soci Maggiorani e Brunelli propongono di nominare socio ordinario il dottor Ezio Sciamanna.

L'Accademia prende atto della proposta e la rimanda alla nomina degli ordinari.

Deliberazione circa il numero dei soci ordinari dell'Accademia. — In varie circostanze si manifestò il desiderio tra i soci dell'Accademia di aumentare il numero degli ordinari, perchè le astensioni che sogliono verificarsi per motivi professionali, per malattie od altra cagione non dovessero rallentare il lavoro accademico. Un tal desiderio assunse in questa seduta il carattere di una proposta formale da presentarsi all'approvazione dell'Accademia nella successiva adunanza. La proposta domandava che i soci ordinari dell'Accademia da 50 venissero portati a 60, e siccome un tale aumento includeva la riforma di un articolo dello Statuto, e perciò la necessità che la deliberazione fosse presa da 30 soci presenti, così i proponenti pensarono, per raggiungere l'intento

della votazione legale, di mettere nell'invito alla seduta che, quei sòci che erano impediti d'intervenirvi, facessero palese per iscritto con un sì o con un no la loro approvazione o disapprovazione alla detta proposta.

Questo modo di votazione, che senza avere l'aspetto di un atto arbitrario, tendeva solo a liberare l'Accademia da certe difficoltà regolamentari, venne oppugnato da alcuni soci prima che si passasse allo scrutinio sulla proposta.

Le ragioni da essi addotte furono giudicate abbastanza plausibili, perchè l'Accademia si determinasse per un altro espediente che le permettesse di raggiungere lo scopo prefissosi, e l'espediente fu di applicare l'articolo dello Statuto che riguarda le prolungate e non giustificate astensioni dalle sedute accademiche. Questa deliberazione che la Presidenza, comunicandola ai soci, ha cercato di accompagnarla di tutti i riguardi di forma e delle dovute riserve, fu presa alla quasi unanimità.

Interessi economici. — Il preventivo del 1881, portando una esuberanza di spesa a cagione della stampa del primo volume degli Atti contenente molte tavole illustrative, il Cassiere-economo fa riflettere esser necessario d'ora innanzi di mantenere in limiti più ristretti il detto volume per non essere costretti ad attaccare il fondo di riserva.

L'Accademia stabilisce alcune norme restrittive che riguardano le memorie e le tavole da pubblicarsi negli Atti.



SEDUTA ORDINARIA DEL 30 APRILE 1882

PRESIDENZA DEL PROF. LUIGI GALASSI

SOMMARIO. — Comunicazioni della Presidenza. — Presentazione di un malato: **Tassi**. — Caso di efidrosi ed emottisi di fondo isterico: **Gualdi** (osservazioni **Galassi**, **Brunelli**). — Comunicazione anatomo-patologica: **Marchiafava**. — Caso di stenosi del duodeno ed enfisema dell'ileo, osservato dal professore Ceci: **Colasanti**. — Convulsioni epilettiformi da causa sifilitica: **Cerasi** (osservazioni **Brunelli**, **Tassi**, **Clattaglia**). Opere inviate in dono all'Accademia.

Il processo verbale dell'antecedente adunanza ordinaria è letto ed approvato.

Presentazione di opere e corrispondenze.

Il **SEGRETARIO** presenta le opere inviate in omaggio all'Accademia (v. in fine della seduta) e comunica la seguente corrispondenza:

I. Il ministro della Pubblica Istruzione trasmette all'Accademia una pubblicazione del sig. dott. Gabriele Cohadon intitolato: *Contribution à l'étude de l'albuminurie* e prega l'Accademia a nome dell'autore di voler prendere ad esame la pubblicazione suddetta.

La presidenza incarica dell'esame i soci Gualdi e Cerasi.

II. Il prof. Umana di Cagliari accettando l'incarico di rappresentare l'Accademia nell'occasione che s'inaugurerà nella Università di Sassari una lapide in onore del Rolando, prega il presidente di ringraziare a suo nome l'Accademia d'averlo prescelto all'onorifico ufficio.

III. Il prof. Silvestrini rettore della Università di Sassari ringrazia l'Accademia del gentile pensiero di farsi rappresentare alla inaugurazione della lapide suddetta.

Presentazione di malati.

Il Socio TASSI avendo presentato un infermo in principio di seduta, ha la parola per fare sul medesimo le seguenti osservazioni:

Il giovane che io ho avuto l'onore di presentarvi in principio di seduta, riportò or son tre mesi, una grave ferita da arma incidente e perforante, che, trapassando i muscoli profondi del braccio destro in vicinanza della sua articolazione, e rasentando l'arteria brachiale, penetrò nel sesto spazio intercostale, portando una profonda ferita superiormente alla sesta costola, cacciandosi profondamente al basso ventre con lesione del diaframma e del fegato.

Il ferito, ben si vede, che volle riparare il colpo a spese del proprio braccio, ma il colpo fu vibrato con tanta violenza da ledere e percorrere un così lungo tragitto.

La penetrazione come vedete è precisamente nella regione ipocondriaca destra.

Poco prima di ricevere il colpo, il ferito avea desinate e perciò i rapporti anatomici dei visceri erano spostati e forse maggiormente dall'atteggiamento che assunse il ferito nell'atto di riparare il colpo.

L'accidente avvenne sull'ora tarda della sera in vicinanza dell'Ospedale di S. Giacomo ove il ferito fu condotto quasi in fine di vita.

Accorse per medicarlo il mio sostituto Dott. Ovidi, ma, vedendo sintomi così gravi d'interna emorragia peritoneale, giudicò il caso superiore alle risorse dell'arte, e l'affidò ai soccorsi religiosi. I sintomi di estrema anemia dovuti alla lesione parenchimatosa del fegato, e forse anche dell'arteria intercostale, desunti dalla tumidezza del ventre non timpànica, precipitarono d'un subito nel collasso questo giovane robusto. Tuttavia l'Ovidi volle prestare i soccorsi necessari, e tamponò la ferita applicandovi una grande vescica di ghiaccio; somministrò eccitanti di ogni natura, favorì il movimento cardiaco che era appena sensibile, mise l'infermo colla testa molto in basso. All'indomani all'ora della mia visita l'infermo si era alquanto riavuto, ed incominciarono i segni di una peritonite grave e diffusa, onde vomito frequente, ventre enormemente tumido, e molto dolente. Allora gli feci togliere il ghiaccio, e feci praticare delle frizioni di pomata di belladonna e mercurio, e degli strati di ovatta. Alla sera i sintomi di peritonite divennero assai più gravi, a calmare i quali fu ricorso al calomelano ed oppio internamente; e sul ventre larghe frizioni mercuriali.

Il processo infiammatorio peracuto fu vinto in quarta giornata e si ebbe per esito un essudato li

bero che si riassorbì dopo pochi giorni; e con esso anche lo stravasamento che avvenne per la lesione traumatica.

Appena cessato il periodo acuto a carico dell'addome, si manifestarono segni di pleurite diaframmatica dal fornice anteriore periepatico fino al versante posteriore destro, e questa pure s'ebbe un esito favorevole in pochi giorni. Erano già scorse due settimane, l'infermo avea superato i più gravi pericoli di così estese lesioni viscerali, quando all'improvviso avvenne una risipola flemmonosa del braccio ferito, che si distese a tutto l'arto, distruggendo gran parte del connettivo, della pelle, delle guaine, dei muscoli, dei tendini. Furono operati molti sbrigliamenti e fu passato il drenaggio. E qui è da notare come l'infezione pio-setticoemica e la febbre alta mettersero in grave ed imminente pericolo di vita questo giovane infelice. E pur ciò fu superato con mezzi antisettici locali e generali: ci giovammo molto dei solfati alcalini.

Era vinto anche questo grave accidente allorché apparve in tutta la grande superficie della piaga un'estesa difterite, che noi in pochi giorni vincemmo mercè l'applicazione quotidiana di iodioforme in polvere. Ed oggi, come vedete questo, giovane che subì una perdita di sostanza di molti elementi anatomici anche muscolari, rimane con una piccola piaga, e con lieve anchilosi che spero potrà essere in qualche tempo superata. Ho voluto presentarvi questo fatto, Signori, onde si sappia come certi accidenti di lesioni traumatiche, e degli ospedali possano esser vinti da un'esatta cura. E come altresì una emorragia così imponente nella cavità peritoneale, si possa rapidamente riassorbire con

solievo del paziente, dando così luogo a quella specie di autotrasfusione efficace, pari a quella alla quale alcuni oggi vogliono ricorrere nei casi di estrema anemia acuta, operando in quella cavità sierosa la nota trasfusione sanguigna.

Letture

Il Socio GUALDI dà lettura di un caso intitolato:
Efidrosi ed Emorragia isterica:

Nello isterismo non raramente avviene che i sintomi iniziali della forma siano talmente insoliti e singolari da non farci conoscere la causa determinante.

Ciò per solito avviene quando la prima azione perturbatrice della isteria si spiega sul distretto vaso motorio, poichè mentre quivi le forme morbose possono essere innumerevoli, e di queste forme le origini moltissime, non vi sono note speciali per distinguere quelle che sono di origine isterica.

L'incertezza della diagnosi, e spesso anche l'errore, dura fino a quando ai fenomeni di sconcerto vaso motorio si associno o seguano i disordini delle altre sfere d'innervazione, ossia o della psichica, o della motrice, o specialmente della sensitiva nella quale a preferenza delle altre, vi sono dei caratteri che indubitabilmente rivelano siffatta origine.

Un esempio di ciò ci presenta il caso che segue.

Negli ultimi giorni del febbraio p. p. entrava nell'Ospedale di S. Giovanni una tal Brigida Palluca di 26 anni, nata da parenti sanissimi in un paesucolo presso Viterbo. Era di bello aspetto, grassotta, con occhi neri, capelli folti di color castagno, gote e lab-

bra incarnate a rosso vivo, il qual colorito sulla pelle abbronzita dal sole davale l'aspetto di una vita piena di salute.

Se fosse stata francese avrei pensato che Louyer Willermé vi avesse ripreso il quadro dell'abito isterico raffigurato appunto da esso coi caratteri fisici sopraccennati; ed il cui aspetto è molto dissimile da quello designato dall'Herb, dal Sydenham, dal White, dal Copland e dagli altri scrittori inglesi.

La Palluca affermò di non aver sofferto giammai veruna malattia, di aver goduto sempre perfettissima salute, salvo qualche epistassi, ripetuta di sovente nell'ultimo tempo, dalla quale ella disse essergli avvenuta una certa impressionabilità, onde facilmente rimaneva commossa e perturbata per motivi anche di poco e di niun conto.

Nella prima visita mi accusò qualche dolenza agli arti ed al tronco, e poichè aveva pure la febbre col polso da 90 a 100 battute, con temperatura abbastanza elevata, bocca secca, forte calore al capo, e sudore profuso; immaginai che si trattasse di semplice affezione reumatica. Mi soggiunse la inferma che il sudore eragli cominciato da due giorni, e che fu sempre generale e profuso. Cessò la febbre al terzo giorno, e con essa ogni sofferenza degli arti, ma il sudore continuò allo stesso modo di prima. Questo fatto richiamò la mia attenzione, tanto più che la inferma mi diceva di provare per esso sensazioni alternative di caldo e di freddo per tutto il corpo. Non pensando affatto all'origine isterica del sudore ne cercai la causa per ogni dove. Intanto ne intrapresi la cura sintomatica rimettendo la causale al tempo opportuno.

Mentre coll'esame delle varie regioni ero intento a

questa ricerca, mi occorre vedere sulle pareti ventrali delle contrazioni ritmiche le quali destarono immediatamente il sospetto della isteria, e nel risultato negativo della ispezione eseguita su tutti gli organi, immaginai che anche la efidrosi esserne potesse il suo effetto. Allora misi mano agli antisterici, al bromuro, al cloralio, al castoro, all' assafetida, agli oppiati, ecc., ma tutto ciò poco o nulla valse, poichè ogni sintoma si mantenne malgrado questa cura, anzi la forma morbosa si accrebbe nella sopraggiunta di forti nevralgie viscerali specialmente nella regione ovarica, le quali nevralgie sempre più rivelarono la vera causa del morbo.

Se non che dopo cinque giorni di vano trattamento curativo, in una mattina alla fine cessò in un subito il sudore. Non perciò ne fu avvantaggiata l'inferma, poichè al cessare istantaneo di questo sintoma essa provò una sensazione penosissima di perfrigerazione all'estremità e di vivo bruciore al petto. Alla sera poi dello stesso giorno, d'improvviso cominciò ad emettere il sangue dalla bocca. Avveniva questa emissione tranquillamente senza tosse, senza vomito. Il sangue era non aggrumato ma fluidissimo, non rutilante, nè commisto al cibo preso mezz'ora prima, non mostrò reazione acida alle carte reagenti, in una parola il sangue emesso non aveva nè i caratteri della pneumorragia, nè quelli della ematemesi. L'inferma affermava di aver sentito piene di esso la bocca, le fauci, e di averlo emesso senza sforzo veruno, invitata soltanto dal bisogno della respirazione, alla quale il sangue raccolto alle fauci opponeva un certo ostacolo.

La ispezione accuratissima della bocca e della gola nulla mostrò che ne rivelasse la origine, niente si

conobbe coll' esame dello stomaco, ed alle indagini sul petto si notò soltanto una certa mattità nel lato sinistro dove il murmure respiratorio era pure ipofonetico; non rantoli di nessuna specie. La emorragia si rinnovò ogni giorno e presso a poco alla stessa ora del dì precedente.

La quantità del sangue nei primi giorni fu dai 100 ai 150 grammi, poi a gradi a gradi si accrebbe da arrivare fino ad un litro e mezzo circa. Furono inutili gli emostatici di ogni genere ed usati in tutti i modi. In mezzo a sì forti patimenti ed a perdite sì imponenti, sorprende l' aspetto della inferma la quale cibandosi poco o nulla conservava la floridezza sì nel colorito che nella nutrizione.

Intanto altri fenomeni sopravvennero, i quali sempre più rivelarono la natura isterica del morbo. La visione dell'occhio sinistro cominciò a diminuire, l'udito a perdersi ed egualmente l'olfatto ed il gusto dallo stesso lato. Il laringe era anestetico, ed ogni eccitabilità riflessa abolita, tanto che toccando l'epiglottide e la rima sottoposta col dito, ed introducendo una sonda nella glottide non vi scorsi il minimo risentimento. L'apselafesia e l'analgesia furono complete nella metà sinistra del tronco e negli arti corrispondenti. Non vi fu nessuna paralisi e le facoltà intellettuali si mantennero integre. L'emorragia durò 37 giorni ed in questo tempo essa non interruppe che due volte soltanto e lo interrompimento durò fra due e tre giorni.

Fu singolare che in queste interruzioni immediatamente tornasse la efidrosi, la quale tosto si vidde cessare col ritorno del sangue.

I due fenomeni sostituzionali alla fine scomparvero per sempre coll'apparizione della ricorrenza mensile.

L'inferma allora riacquistò la sua tranquillità e della forma isterica non rimase che la emianestesia col tremore delle pareti addominali. Ora sono ritornate le sofferenze fra le quali primeggia la forma convulsiva, non più la efidrosi, non l'emorragia.

A me sembra che non si possa immaginare caso d'isteria più occulto di questo nel suo iniziamento. più di esso palese nel decorso, ed in pari tempo più ricco di argomenti alla considerazione ed allo studio del clinico.

Che la efidrosi possa essere sintoma della isteria, lo aveva di già avvertito il Rosenthal nel suo trattato sulle malattie nervose il quale ne precisò anche la causa prossima, deducendola dagli studi fatti precedentemente dall'Echart e dal Lister, i quali ottennero copiosa essudazione della pelle dirigendo la corrente elettrica sul midollo spinale, oppure tagliando le radici anteriori de' suoi nervi. Egli perciò pensò che anche nella isteria avvenisse la efidrosi per un forte eccitamento del midollo spinale ovvero per l'abolita azione nelle radici anteriori de' suoi nervi.

La deduzione del Rosenthal non mi persuade: conciossiachè non posso ammettere che dal risultato di alcuni esperimenti, si possa, senza veruna riserva passare ad una deduzione generale, quasi che, avvenendo la sudazione per i fatti sopraccennati, non potesse avvenire eziandio per condizioni di tutt'altro genere.

Nel caso attuale poi v'è qualche particolarità, la quale, accresce i dubbi di siffatta spiegazione. La Palluca per vari giorni ebbe il sudore e non la emorragia, di poi la emorragia e non il sudore, infine vi fu l'alternativa dell'uno e dell'altra, di

guisa che cessando il primo avveniva la seconda, ricomparendo la seconda spariva il primo. Ora in questo andamento successivo, e dirò meglio sostituzionale, è manifesto il legame reciproco dei due fatti morbosi, ed è indiscutibile che la provenienza di ambedue si debba alla stessa causa, tanto che se si accettasse l'opinione del Rosenthal, il forte eccitamento della spina o l'abolizione dell'azione nelle radici anteriori dei suoi nervi sarebbe la causa non solamente della efdrosi ma eziandio della emorragia.

E poichè dalle sperimentazioni dell'Echart risulta che per queste condizioni avviene il sudore, e non la emorragia perciò v'è ragione almeno per dubitare che il sudore della mia inferma fosse riferibile alle indicate alterazioni.

Ma comunque si voglia intendere la cosa a me pare che sia meglio di stringere il fatto in una cerchia più angusta ma più forte, ossia di considerare la efdrosi come un effetto del disturbo vaso motorio, non curando se la causa di questo effetto sia nella spina e nelle radici nervose, o invece si trovi in altro sito. In siffatto modo soltanto si può intendere la sostituzionalità dei fenomeni morbosi che di sovente s'incontra nell'isteria, e che è frequente pure nei disturbi vaso motori, della quale il fatto presente ci porge un esempio luminoso.

Il sudore, sintoma iniziale della forma isterica, avviene raramente. Un solo caso ne trovo registrato nella letteratura medica avvenuto nell'Ospedale Lariboisere al Dottor Syredey, e che è riportato dal *Journal du med. et chir. pratique*. Agosto 1881.

Da questo sintoma soltanto non è dato di ravvisare la isteria, ond'è che se la forma isterica abortisse con esso son certo che il morbo passerebbe

inosservato. A riconoscere la suddetta affezione morbosa, occorrono degli avvenimenti nelle altre sfere d'innervazione sia che si associno al sudore, sia che seguano alla scomparsa di esso.

L'altro fenomeno di questa storia che vuol essere studiato e bene interpretato è la emorragia. Essa nello isterismo rappresenta un fatto non frequente; interessa perciò di saperne, non che di precisare come e da qual parte la sia avvenuta in questo caso.

Che la emorragia, alla pari della efidrosi sia uno dei tanti effetti del disturbo vaso motorio non ve n'è dubbio, ma siccome nemmeno è da dubitare dello stretto rapporto fra i sconcerti vaso motori e la isteria, così può esservi il caso che la sia un sintoma di quest' affezione.

Per buona fortuna il detto fenomeno, che in sè ha ragioni per essere considerato di certa importanza, rare volte s'incontra nelle isteriche, per cui è lecito inferire che le condizioni necessarie per determinarlo raramente s'incontrino.

Quali siano queste condizioni ed in che consistano precisamente, non è facile di definire.

Certamente una delle cause potentissime potrebbe essere lo stato opposto in cui si trovano i vasi nello stesso tempo. La costrizione spastica di alcuni di essi colla dilatazione paralitica degli altri favorisce senza dubbio la fuoruscita del sangue, perchè discacciato questo da un posto deve affluire altrove, e nel caso suddetto se ne va necessariamente dove le pareti vasali per la loro paralisi oppongono minore resistenza, e perciò sono più atteggiate a riceverlo, ed a metterlo fuori. Ciò dev'essere avvenuto nella mia inferma. Si disse già nella storia che mentre essa provava vivissimo bruciore al petto sentiva freddissime

le estremità; che nel calore e nell'arrossamento della faccia e del petto gli arti erano pallidi e freddi. È chiaro da ciò che il disturbo vaso motorio in lei avveniva in modo opposto nelle diverse regioni: alle estremità v'era lo spasmo, al tronco la paralisi, là la costrizione dei vasi, quà la dilatazione, la ischemia nelle prime, la iperemia nel secondo. La iperemia paralitica rafforzata dalla ischemia spastica ha tanto in sé da spiegare la emorragia, ed il nostro caso che mostrò alla evidenza questa opposta condizione dei vasi ci dà sufficiente ragione per spiegare come siasi verificato il suddetto effetto.

Ma non avviene davvero la emorragia ogni volta che si incontra la dilatazione paralitica col restringimento spastico: altre ragioni adunque debbono concorrere perchè avvenga la fuoruscita del sangue. I principali moventi di questo fatto bisogna cercarli sul medesimo individuo. Dal racconto fattovi sapete che la Palluca fu sempre rubiconda e di florido aspetto che d'innormale nella salute non ebbe che la epistassi. Adunque essa aveva a conto proprio una pletora, ed alla pressione massima del sangue nei vasi paralitici offriva quella disposizione che danno le persone abituate a perdere il sangue. Accadde adunque la emorragia perchè ella era solita di averne.

Ma per qual ragione questa facilità all'uscita del sangue? Era difetto del liquido, oppure dei suoi vasi? Riflettendo alla perfetta salute ch'essa ebbe sempre nel tempo passato e considerando il buonissimo stato della sua nutrizione è probabile che il sangue fosse immune da qualsiasi eccezione, e che la causa stesse unicamente nella tessitura dei vasi.

Rimane a vedere da qual parte sia venuto il sangue, se dalle vie digerenti o dalle vie respiratorie.

La quantità emessa di circa due litri in brevissimo tempo, a mio avviso, mette fuori di ogni sospetto la provenienza dalla cavità buccale, dalle fauci, dallo esofago, per cui il quesito si riduce unicamente fra lo stomaco ed il polmone. In verità il sangue messo fuori dalla Palluca, non ebbe i caratteri nè della emottisi, nè della ematemesi, non era rutilante, ma nemmeno bruno, non aggrumato, anzi fluidissimo, ed appena in qualche parte arieggiato; non vi fu mai tosse nè vomito; perciò mancarono i segni dell'una e dell'altra origine.

Se non che analizzando tutto ciò che apparve insieme a questa emissione si trovano ragioni per spiegare la mancanza dei sintomi ordinari della emottisi, mentre non se ne hanno per la ematemesi.

È certo che nella Palluca era abolita ogni eccitabilità riflessa sul laringe a segno che non vi fu il più piccolo risentimento in quest'organo quando gli fu introdotta la sonda per la rima della glottide e fu mossa per ogni direzione. Questa insensibilità del laringe ci può spiegare benissimo la mancanza della tosse nel supposto che il sangue sia venuto dal petto.

Chi potrebbe affermare che la insensibilità del laringe non si estendesse pure alle sue continuazioni e non ne partecipassero perciò anche la trachea ed i bronchi? Sono dispiacente di non aver sperimentato coi vapori irritanti la loro sensibilità, ma posso dirvi che la sonda da me introdotta nel laringe fu avanzata per un buon tratto nella trachea senza che perciò ne avvenisse il minimo incomodo; perciò è certo che questa parte per lo meno era insensibile: e se il passaggio di una sonda non riuscì ad eccitare la tosse come avrebbe potuto eccitarla il passaggio del sangue?

Se non che una difficoltà sorge nel supposto della emorragia dei polmoni e della insensibilità dei condotti aeriferi, come cioè sarebbe stato possibile che il sangue uscito dai vasi e contenuto nei bronchi fosse salito alle fauci se questi non ne avessero risentito lo stimolo.

Ma ove si rifletta che non è supponibile che la emorragia sia avvenuta dalla superficie di tutte le ramificazioni bronchiali, che cioè tutti i bronchi fossero ripieni del sangue stravasato, ed essendo indubitato che là, dove non v'era sangue, vi entrava ed usciva dell'aria, è facile di trovare la ragione perchè il sangue sia ascenso dai bronchi alle fauci senza che ne sia stata sentita la presenza. Conciosiachè l'aria introducendosi nei canali non ingombri dal sangue colla sua pressione, mentre distendeva questi, comprimeva i vicini che n'erano ripieni, ed ognuno vede che l'effetto della compressione sopra i secondi era necessariamente lo spostamento del liquido in essi contenuto, non che il sospignimento in alto del medesimo dove soltanto e non altrove n'era possibile l'avviamento. In questo movimento del sangue il restringimento del torace, per opera degli agenti meccanici della respirazione, era bastevole a compiere ciò che rimaneva, vale a dire a condurre il sangue dai bronchi alla trachea, al laringe, alle fauci, ed a prepararne l'uscita dalla bocca.

E questa passività di ascensione del sangue sta colla narrazione della inferma, la quale affermò ripetutamente di averlo emesso tranquillamente sentendosene ripiena la bocca. Nella mancanza di ogni attività nei bronchi che erano sede della emorragia si ha pure la ragione perchè all'ascoltazione del suo petto non si ebbero nè gorgoglio, nè rantoli.

Hannovi adunque delle ragioni per le quali nella mia inferma mancarono i soliti segni della emottisi, all'opposto non ve ne ha una che spieghi perchè sarebbero mancati i segni caratteristici della ematemesi.

Quale ragione infatti ci potrebbe spiegare perchè non avvenne la reazione acida nel sangue raccolto e respinto dallo stomaco? quale perchè non siano state emesse col sangue le materie alimentari prese un quarto d'ora prima della fuoruscita di esso? perchè infine nel vomito accaduto in un giorno fra una emorragia e l'altra non siasi trovata la minima traccia di sangue?

Nella certezza adunque che la considerevole quantità di sangue messo fuori dalla Palluca non potesse provenire che o dal polmone o dallo stomaco; nella mancanza dei segni caratteristici sì per la prima che per la seconda provenienza stando il fatto che vi sono ragioni perchè abbiano mancato i caratteri essenziali della emottisi, e non già perchè abbiano difettato nella ematemesi, il giudizio di provenienza dal polmone credo che debba dirsi probabile.

Dirò poche parole intorno a due altre conseguenze del disturbo circolatorio indicati già nella storia precedente, cioè rapporto alla febbre ed al buon aspetto di salute conservato dalla mia inferma in mezzo alle sventure ed alle gravissime perdite da lei sopportate.

La Palluca non ebbe la febbre che per tre soli giorni, e per nulla pensando io in allora allo isterismo immaginai che la piressia si dovesse ad una affezione reumatica. Nella successione delle cose, accertato lo isterismo, e visto che a questo erano riferibili i sintomi che apparvero sul principio del

morbo pensai che ad esso pure si dovesse riportare la febbre. Se abbia io errato nel primo giudizio oppure nel secondo nol so, ma so che oggidì da tutti i nevropatologi è ammessa la possibilità della febbre nello isterismo e l'assoluta dipendenza dal medesimo. Lo Charcot, il Rosenthal, il Briquet, l'Herb e molti altri la confermarono con innumerevoli esempi, riportandone la origine ad un forte eccitamento del centro dei nervi vasali avvenuto nello isterismo. Non fu adunque chimerico il mio secondo giudizio sulla febbre della suddetta inferma; la possibilità n'è accertata dall'autorità dei scrittori i più valenti in nevropatia.

In vista poi delle circostanze che accompagnarono la febbre nel mio caso, la origine isterica di essa non solamente risulta possibile, ma del tutto accertata. Stando ai caratteri che furono designati dagli scrittori della febbre isterica, tale deve giudicarsi quella di cui ora si parla perchè essa appunto si presentò rivestita di queste note. Cominciò con orripilazione, sviluppò con forte calore, con bruciore al capo, con polso da 90 a 100 battute, colla lingua secca, appetito mancante; ebbe breve durata, quali appunto sono i caratteri indicati dal Briquet; e stando alle aggiunte fattevi dal Rosenthal viemmeglio se ne scorge la natura, poichè dopo la breve durata della febbre, anzichè ritornare alla piena salute, come suole avvenire nella effimera, l'inferma passò per una serie di sconcerti nervosi al massimo grado delle sofferenze. La possibilità adunque della febbre isterica della mia inferma rimane accertata dai fenomeni da cui fu accompagnata.

Circa poi l'esteriore ben conservato dalla Palluca, quantunque accada sovente che le isteriche da lungo

tempo sofferenti, ed alimentate con pochissimo cibo presentino bell'aspetto e buona nutrizione, pure mi pare che questo fatto singolare debba maggiormente sorprendere nella inferma in argomento in quanto che esso si verificò non solamente fra patimenti e scarsissima alimentazione, ma con perdita notevole del sangue, dal quale come si conosce la nutrizione ricava i materiali per il suo ricambio.

Per quale ragione avvenga nell'isteria questo disaccordo fra la malattia e lo stato generale, nessuno che io sappia ne scrisse. Nella letteratura medica sono innumerevoli gli esempi di questo genere, ma dei commenti non ve n'è uno, tanto che l'argomento presenta allo studio un campo seminato, ma giammai mietuto.

È perciò che la ragione si perde fra mille ipotesi che si affacciano alla mente, delle quali non ve ne ha una che sia stata da altri presentata e discussa.

Senza dubbio in questo avvenimento qualche cosa d'insolito deve accadere nel ricambio materiale, perchè nelle medesime spese colle minori entrate il pargoglio resti inalterato.

Se non che è poi di fatto che mentre il sangue non può dare ai tessuti la giusta quantità di materiale per il ricambio, i tessuti seguitino a spogliarsi nel modo loro solito? Qui sta la questione, poichè nel nostro caso non si può dubitare che il sangue fosse impoverito per le perdite copiose di esso, ripetute giornalmente per un mese circa. Non ho prove dirette per dimostrare che le isteriche non si denutriscono perchè il lavoro di ricambio è rallentato sì per la entrata che per la uscita degli elementi organici, ma indirettamente ho dei fatti che danno a divedere ciò con qualche evidenza.

Vi sono esempi nello isterismo della totale mancanza delle più importanti escrezioni, senza che per ciò sia stata compromessa la vita. Anni sono osservai nella clinica medica una isterica che da tre mesi era anurica, eppure essa viveva. Nella sezione del mio collega Lanzi ve n'è tuttora un'altra in questo stesso stato, ma anurica da 10 mesi circa, eppure essa resiste ed è in condizioni di salute anche migliori della prima.

Ognuno sa i danni gravissimi che avvengono all'organismo dalla ritenzione dei principi normali della urina. La urea è fra i più micidiali veleni, ed essa non si forma già nei reni, ma preesiste alla secrezione, sta nel sangue, ed è il prodotto di speciale ossidazione delle sostanze azotate rese inutili, che per la massima parte sono somministrate dalla massa dei tessuti sui materiali di ricambio.

Ora non si può supporre che i tessuti seguitino a scaricare sul sangue la stessa quantità d'impuri materiali, quanti ne danno nello stato fisiologico, quando si è certi che del micidiale loro prodotto non uscì dai reni la più piccola parte, eppure la vita resse per 3, per 10 mesi quanti ne passarono le due inferme accennate di sopra.

È vero che non avvenendone la eliminazione dai reni vi suppliscono le glandole salivali, lo stomaco, la pelle, ma da fatti incontestabili è dimostrato che nè colla saliva, nè col vomito, nè col sudore il sangue può essere liberato di tutta la quantità di urea ch'è messa fuori dai soli reni; di guisa che in quella sostituzione una buona parte se ne ritiene sempre, ed essa è bastante di troncare la vita, come si vede sempre nelle malattie renali se da esse sia soppressa la secrezione dell'urina.

Nell'anuria isterica adunque se regge la vita è prova certa che il sangue non fu avvelenato dalla urea ed è segno positivo che mancò il contingente per la formazione di essa.

Forse a qualcuno potrebbe sembrare che questo argomento desunto dall'anuria delle donne isteriche non avesse valore perchè, mentre è rarissima l'anuria isterica, invece è frequentissimo il buon aspetto fra le privazioni e le sofferenze dello isterismo. Se non che la diminuzione notevolissima della urea nell'isteria non è dimostrato soltanto da ciò che segue alla mancanza della secrezione renale, ma da ciò che si osserva quando invece la orina è più abbondante dell'ordinario.

Tutti conoscono, che nella più parte delle donne isteriche la orina è copiosa, e che essa è pallida, incolore. Nè il decoloramento è spiegato dalla stessa abbondanza, perchè allungando la urina del colorito ordinario con tre o quattro parti di acqua non si arriva a vedere quel decoloramento che si osserva nella isteria. A queste urine adunque manca qualche cosa, e fra le cose mancanti vi è certamente la urea, come si può vedere coll'esame fisico e chimico di esse. Coll'urometro più volte ne vidi il peso specifico di 1003, 1004, benchè la urina emessa fosse stata della doppia quantità soltanto: e ricercando la urea coll'analisi chimica ne trovai appena grammi 0,10 : 0,15 in 100 di urina, per cui quando pure la quantità della secrezione fosse stata il triplo o quadruplo di ciò che suol essere, dell'urea sarebbero mancati non meno di quattro quinti.

La urina della Palluca per vari giorni fu di 3 litri, e l'urea giammai superò la frazione di 0,17; perciò nelle 24 ore in luogo di 30 grammi essa ne emise 5,10, ossia la sesta parte soltanto.

La diminuzione dell'urea adunque nell'isterismo è dimostrata solennemente; e se nei casi di anuria è dedotta per induzione, in quelli di abbondante secrezione è dimostrata fisicamente, e siccome non può esservi eccezione che la urea si formi principalmente a spese della denutrizione dei tessuti così la diminuzione di essa significa evidentemente che nello isterismo i tessuti si denutriscono molto meno di quanto sono soliti. In tale stato di cose facilmente si spiega come le isteriche nutrite di poco o nulla, in mezzo a sofferenze più o meno gravi conservano la loro nutrizione, poichè se è certo che la nutrizione è in difetto, è positivo che in difetto è pure la denutrizione, ed eguagliate le entrate alle uscite il pareggio non può rimanere variato.

Ma quale possa essere la causa onde è frapposto l'ostacolo al ricambio materiale dei tessuti non saprei precisarla con certezza. Trattandosi di nutrizione parrebbe che il movente si dovesse cercare nella innervazione trofica, ed il conservamento della nutrizione nelle isteriche riportarlo alle nevrosi di questo genere; ma riflettendo che la individualità di questa innervazione è tuttora contestata, e che a nulla valsero gli esperimenti ultimi del Meisser e dello Schiff sul trigemino per dimostrarne l'esistenza, mi sembra più ragionevole riferirne la causa al disturbo vaso motorio, in cui la costrizione spastica dei vasi può spiegare il modo come sia avvenuto lo impedimento.

E che in questo caso la costrizione spastica dei vasi abbia avuto luogo indubitatamente, ed in una sfera anche estesissima, si deduce da altri fatti di significato anche più aperto che l'anuria. Sarebbe impossibile di comprendere il grado d'iperemia che

ebbe luogo nella Palluca se con essa non si supponesse pure la ischemia, e ad un grado proporzionale all'afflusso del sangue là riversato. Non sarebbe in verun modo spiegabile come nella gravissima emorragia di questo caso nemmeno una volta sia avvenuto il deliquio se non si pensasse che la costrizione di un grande numero di vasi deve avere riversato gran parte del loro contenuto al centro della circolazione per sostenerne l'azione.

Comunque si voglia spiegare il buon aspetto delle isteriche da lungo tempo scarsamente nutrite e molto sofferenti, a me basta che fra le ragioni possibili sia pure ammesso il restringimento capillare delle varie parti per la costrizione spastica vaso motoria, e che a questa ragione principalmente si debba riferire il buon aspetto conservato dalla mia inferma.

Riepilogando adunque le cose finora esposte è evidente che nel primo periodo di questa storia prevalsero i disturbi vasi motori, le cui manifestazioni furono pallori, arrossamenti, febbre, efidrosi, emorragia, e per ultimo la perfetta conservazione dello stato di floridezza in mezzo a mille sciagure. Eppure questa solenne manifestazione della disturbata innervazione vaso motoria per sè non presenta il quadro della isteria, il quale è rappresentato caratteristicamente dai vari disturbi della innervazione o psichica, o sensifera, o motrice. La mia inferma infatti fu giudicata isterica allora soltanto che apparvero i primi disturbi della sensibilità fra i quali la forma della anestesia tiene certamente il posto sovrano. Io dubiterei, dice lo Szokalsky, di qualsiasi forma isterica ove non trovassi la anestesia.

Ma perchè l'anestesia dia la certezza dell'isterismo sono necessarie alcune note speciali.

Il Veber vorrebbe che essa dovesse risiedere al lato sinistro, la quale condizione fu contestata dallo Charcot; sia comunque sul valore di questo criterio, l'anestesia della mia inferma fu precisamente da questo lato.

Il Silvestrini crede che l'anestesia onde significare la origine isterica debba essere completa perchè quella centrale è sempre più o meno imperfetta: si pensi pure come si voglia su questo dato, la anestesia della Palluca fu completissima, estesa cioè a tutti i sensi specifici.

Ma ciò che indubitabilmente rivelò siffatta origine fu l'abolizione totale di ogni eccitabilità riflessa nel laringe. Questo criterio non può essere applicato alla diagnosi di tutte le isterie, perchè alcune ne mancano, ma dove esiste esso dà di questa origine l'assoluta certezza. Il criterio dello Chairant (il quale ne fu lo scopritore) ebbe la conferma dallo Charcot, dall'Hammond e da tutti coloro che scrissero della isteria, tanto che esso per sè solo può valere a rendere indiscutibile la provenienza dallo isterismo.

L'emianestesia della mia inferma adunque aveva i pieni caratteri per giudicarla di origine isterica.

Un solo quesito mi rimane a risolvere, come cioè in questa mia isterica nulla sia avvenuto nella innervazione psichica, ben poco e tardi in quella motrice, appena abbastanza nella sensifera, di troppo nella vaso motoria.

Se gli effetti della isteria sulle quattro specie di innervazione procedessero sempre di pari passo non si avrebbe che una sola forma d'isterismo, ma il suo polimorfismo appunto dimostra che la distribuzione di questi effetti sono variabili, e che perciò in ogni caso se ne ha la prevalenza in una di quelle

sfere. Trattandosi poi di disturbi funzionali, è chiaro che fra le cause di questa prevalenza le condizioni individuali debbono tenere il posto d'onore.

Lo stato di queste condizioni, se non sempre, il più delle volte è rappresentato dalle apparenze esterne che costituiscono appunto il così detto abito isterico. Questo abito è diverso nei varii individui delle differenti regioni.

La Palluca è di quell'abito isterico dipinto dal francese Louyer Willermé in cui trionfa la vascolarità e l'eretismo nervoso. Era perciò ben naturale che nella forma morbosa prevalessero i disturbi vasomotori.

Nello aspetto torpido della isterica germanica, descritto dall'Erb, è ben ragionevole che i disturbi si rivelino a preferenza sull'apparato del movimento, e perciò che in essa le paralisi di moto avvengano più spesso di quelle del senso, la anestesia più facilmente della iperestesi.

Nella isterica inglese rappresentata dal Sydenham e dal Copland il nervosismo spicca dalla facile impressionabilità, e le impressioni morali in essa sono più potenti delle fisiche, accade perciò che il delirio, le forme convulsive ne costituiscano il quadro dominante.

Ma non sono le nazioni è l'individuo, che dovunque si trovi dà la impronta allo isterismo. « La maladie prend les femmes comme elle les trouve. » (Hammond): è perciò che in ogni luogo si trovano isteriche delle più variabili forme. E dirò infine che non è nemmeno la persona individua che dà l'aspetto alla malattia, sono bensì le sue condizioni anche transitorie. Lo stesso soggetto in attacchi successivi d'isterismo offre le più grandi varietà, e

talora nello stesso accesso la forma terminale non è più quella iniziale perchè le sue condizioni variano in questo frattempo. La forma attuale della mia inferma è tutt'altra da quella che essa mi presentò nello iniziamento, e sono persuaso che la diversità sia avvenuta precisamente per il cambiamento delle sue condizioni.

Lo studio dei fenomeni isterici non è certamente esaurito. La isteria ha un grande volume che rimane sempre aperto ai clinici ed ai filosofi, perchè in esso vi sono delle pagine dove finora nessuno vi scrisse, e che prima di chiuderlo devono essere riempite. Sarei ben fortunato se il commento di questa storia coprisse il rigo di una sola pagina.

Il socio GALASSI: Io desidererei sapere dal sig. dott. Gualdi, se egli nella sua inferma, della quale ci ha dato una storia così esatta e chiara, abbia esaminato la spina e se abbia ritrovato in qualche punto della medesima sotto la pressione un manifesto dolore.

Il Socio GUALDI: Spesso occorre nella isteria che lungo la colonna vertebrale e più precisamente sulle apofisi spinose si trovino dei tratti iperestetici più o meno estesi. Stilling e Turch colla pressione sulle dette apofisi promossero tali dolori da eccitare accessi di convulsioni. Dirò anche che taluni diedero tale importanza a questo fatto da crederlo un carattere patognomiconico dello isterismo. Se non che molte e serie opposizioni furono fatte da altri rapporto al valore di questo criterio. Fu notato che possono trovarsi questi punti dolorosi delle apofisi spinali fuori dell'isterismo, e viceversa che possono mancare in casi incontestabili di esso. Tanto che persuaso di

queste ragioni contrarie, non cercai nella mia inferma se esistesse la iperestesi delle suddette parti, e dirò pure che non avevo nemmeno motivo per cercarla, perchè la natura isterica del caso era talmente rivelata da fatti incontestabili da non aver bisogno di ricorrere a questo segno fallacissimo per esserne persuaso.

Il Socio GALASSI: Non mi pare che al mio quesito sia stato risposto direttamente, poichè io posso affermare di aver veduto tre casi di pneumorragia accompagnati a punti dolorosi della spina, e per questi fatti io mi persuasi esistere un certo rapporto fra la pneumorragia e la dolorabilità della spina e ne inferii che colla pneumorragia coesistesse quella che gl'inglesi chiamano irritazione spinale.

So bene che non tutti ammettono la irritazione spinale come una specie morbosa distinta; ma a me sembra che se anche non si voglia considerare come tale e se ne voglia fare una cosa sola col comune isterismo, giacchè è stato descritto l'isterismo anche nell'uomo; siccome la rachialgia non si ritrova in tutti i casi, sarebbe utile conoscere in quali esista e in quali no, e se con essa vadano congiunti alcuni particolari fenomeni. Nei tre infermi che io ho citato, l'emorragia si ripeteva soventi volte ed anche abbondantemente, ma sempre senza i caratteri veri della pneumorragia, o della ematemesi, sicchè io l'ebbi a riguardare come una semplice esalazione sanguigna, non essendo mai riuscito a verificare la sede vera, dalla quale il sangue veniva nella bocca dell'infermo.

Il Socio GUALDI: Non era a mia cognizione la osservazione del prof. Galassi circa ai rapporti tra la

pneumorragia di cui io ho parlato e la dolorabilità della spina, e sono dolente di questa inscienza poichè per essa sfuggì l'occasione, nel caso avvenutomi, di giudicare sul valore di essa. Se non che, ripeto, la iperestesi della regione spinale essendo un fatto che spesso si associa allo isterismo, dubito che il suo avvenimento, nei casi del Dottor Galassi, sia stato in rapporto più collo isterismo in genere che col fatto in specie della emorragia.

Il Socio BRUNELLI: Giacchè il prof. Galassi ha parlato di casi di emottisi accompagnati da sintomi d'irritazione spinale, ciò mi dà occasione a riflettere che la detta irritazione, che può considerarsi come una forma isteroide, provenga in questi casi da ischemia spinale. Ora io, domanderei all'ottimo mio collega, il dott. Gualdi, se egli non credesse ammissibile che la pneumorragia della Palluca, anzichè essere un fenomeno isterico, non sia stata piuttosto la causa determinante dell'isterismo, molto più che i veri fenomeni isterici sono, in ordine di data, posteriori alla pneumorragia, e questa potersi spiegar meglio come conseguenza del disturbo mestruale, anzichè come fenomeno vasomotorio.

Il Socio GUALDI: Dissi già le ragioni che mi indussero a considerare tanto la pneumorragia quanto la efidrosi della mia isterica derivanti ambedue da disturbo de'nervi vasomotori; nonostante prego il mio amico Brunelli a considerare che se è purtroppo vero che un disturbo viscerale può essere causa determinante di manifestazioni isteriche, in individuo predisposto, nel fatto in specie a me pare che non ne sia il caso, perchè le contrazioni addominali isteriche precedettero la pneumorragia.

Il Socio BRUNELLI: Io non saprei invero riguardare come fenomeni evidentemente isterici le contrazioni addominali.

Il socio Gualdi ha detto anche non essere egli d'accordo col Rosenthal circa la causa prossima della efidrosi isterica; efidrosi che d'ordinario è generale, come lo fu nel caso della Palluca. Questo carattere di generalità della efidrosi isterica è la ragione per la quale il Rosenthal la crede derivante da un disturbo spinale. Ricercare altrove, come fa il Gualdi, l'origine di detta efidrosi, equivale a risalire o al ponte o ad altre località cerebrali; ma i disturbi vasomotori di queste regioni hanno allora il carattere della unilateralità.

Il Socio GUALDI: Le cognizioni tanto anatomiche che cliniche sui nervi vasomotori sono ancora così poco inoltrate, a detto dei più recenti neuropatologi, che io non mi sento autorizzato ad impegnarmi in una discussione di tal genere.

La discussione non ha altro seguito.

Il Socio MARCHIAFAVA, a nome del dott. Guarnieri, legge una nota intitolata: *Osservazioni istologiche sulla meningite tubercolare*:

Nelle autossie eseguite dal prof. Marchiafava per le esercitazioni di anatomia patologica, dal novembre al marzo del corrente anno scolastico, si ebbero sei casi di meningite tubercolare, i quali furono soggetto degli studi istologici che mi permetto brevemente di esporre.

In tutti i casi si trovò più o meno diffuso il processo di scrofolosi delle ghiandole peribronchiali e

peritracheali. Le masse caseose si trovarono sempre rammollite in vari punti, in tre casi invadevano il tessuto connettivo periglandolare, in un caso le pareti dei bronchi dei vasi sanguigni, fino ad invaderle in tutto il loro spessore in qualche punto. Questo ultimo fatto si aggiunge alle osservazioni di *Weigert* sulla tubercolosi delle vene polmonari, nei casi di tubercolosi miliare, e fa ben comprendere come questa allora insorga, quando una grande quantità di virus tubercolare, recentemente dimostrato da *Koch* di natura parassitaria, annidato nei focolai scrofolosi delle ghiandole linfatiche, penetri nel torrente della circolazione.

Nella meningite tubercolare il processo non si limita soltanto alla eruzione di tubercoli nella guaina esterna dei vasi sanguigni arteriosi, ed alla formazione di un essudato fibrinoso povero di elementi cellulari nelle maglie del tessuto connettivo della pia madre, ma si manifesta pure con un processo di *mesoarterite* e prevalentemente *endoarterite* tubercolare, come è stato già recentemente osservato in quattro casi da *Cornil*.

La endoarterite si manifesta con un accumulo di cellule rotondegianti o deformate per la mutua pressione fra la lamina elastica e l'endotelio, il quale viene naturalmente sospinto verso il lume del vase. Questo processo si osserva costantemente e diffusamente, conduce spesso alla completa obliterazione del lume dell'arteriola, e si riscontra, non soltanto nelle arterie della meninge cerebrale, ma ancora, e forse più gravemente, nelle arterie della meninge spinale, quando la meningite sia, come lo è non infrequentemente, cerebro-spinale. Esso occorre principalmente nelle arterie invase dalla pe-

riarterite tubercolare, e sembra che sia posteriore a questa. Difatti mentre l'infiltramento tubercolare periferico è già stato colpito dalla degenerazione caseosa o jalina, quello della endoarterite è ancora giovane e non mostra alcun principio di degenerazione; quindi anche la tunica media infiltrata o no, e la neoformazione dell'intima sono colpite dalla medesima, e tutto il vase si presenta come un blocco rotondeggiante, in cui si riconoscono strati concentrici, e nel quale è sparito completamente il lume del vase, o ne è rimasto uno sottilissimo, in cui si ravvisano ancora globuli rossi e bianchi.

Le vene piccole della pia madre mostrano ancora un processo di *peri* e *mesoflebite*, ma non con quella costanza ed intensità delle arterie.

Un altro fatto importante è la *degenerazione jalina* delle pareti delle arteriole infiltrate, dei tubercoli, dell'essudato; degenerazione jalina, la quale è considerata, come la caseosa, una forma di *necrosi per coagulazione* (*Weigert*).

Quanto alla sostanza jalina che si riscontra nelle pareti delle arterie infiltrate, essa si presenta con accumuli di forma e grandezza varia; spesso si riscontrano piccole zolle jaline disseminate fra gli elementi cellulari, altre volte si vedono grossi ammassi fascicolati disposti secondo la direzione delle tuniche vascolari, i quali sono o nell'intima fra l'endotelio e la lamella elastica, o fra questa e la muscolare invasa dalla infiltrazione tubercolare. Spesso le arteriole minime si presentano totalmente colpite da questa degenerazione, ed appariscono come piccoli anelli, o blocchi rotondi di sostanza vivamente rifrangente la luce.

Questa degenerazione si riscontra molto spesso.

nei tubercoli della guaina linfatica, i quali si presentano risultanti allora di piccole zolle jaline, a disposizione raggiata intorno alla muscolare, la quale presenta talora la stessa degenerazione, mentre il processo di endoarterite prosegue rigoglioso fino alla oblitterazione completa del vase. Inoltre si riscontrano masse jaline in mezzo all'essudato degli spazi della pia madre, le quali si presentano come zolle di forme e grandezze varie o di fasci aventi talora un decoroso serpentino.

Lo studio dei nervi cerebrali e spinali ha dato pure risultati molto interessanti. Taluni nervi a fresco si presentano di un colore grigiastro, o rossastro per numerose emorragie. Nei tagli trasversali fatti dopo regolare induramento, essi si presentano circondati da un infiltramento cellulare, il quale invade il perineuro e la guaina lamellare, penetra quindi nell'endoneuro e poi fra le singole fibrille nervose, dando luogo in taluni punti alla formazione di veri nodi tubercolari. Questo infiltramento tubercolare dei nervi segue evidentemente le vie linfatiche dei medesimi, i quali, come è noto dagli studi di *Key*, *Retzius* e *Ranvier*, decorrono fra le lamine del perineuro, dell'endoneuro e fra le singole fibrille nervose, comunicando con gli spazi sotto aracnoidali. Le arteriole dei fasci nervosi si presentano ugualmente infiltrate nelle loro pareti, come quelle della pia madre.

Da queste osservazioni brevemente esposte si stabiliscono, per la menengite tubercolare, i seguenti fatti:

1. La costanza della endoarterite acuta sino alla oblitterazione.

2. La frequente degenerazione jalina delle pareti delle arteriole, dei tubercoli, dell'essudato.

3. L'infiltramento tubercolare dei nervi cerebrali e spinali lungo le loro vie linfatiche, e la presenza nei medesimi di veri nodetti tubercolari.

Il socio COLASANTI: dà lettura di una comunicazione del prof. Ceci di Camerino intitolata: *Strettura cicatriziale del duodeno, enfisema del congiuntivo sottoperitoneale di un'ansa dell'ileo per enterite ulcerosa*:

Il giorno 21 marzo dell'anno corrente eseguii una necropsia col reperto seguente:

Cadavere di donna dell'età di anni 30. Rigidità cadaverica scomparsa. Nutrizione scaduta. Conformazione scheletrica regolare. Colorazione verde pisello in tutto l'ambito addominale. Ventre alquanto tumido.

Aperto il cranio non si trova nulla di notevole. L'encefalo, che fu esaminato soltanto all'esterno, non presentava nulla di anormale.

La volta diaframmatica raggiunge a destra il 3° a sinistra il 4° spazio intercostale.

La cavità pleuritica destra è diminuita verticalmente e ingrandita nel senso trasverso. La cavità pleuritica sinistra è impiccolita nel senso trasverso. Il polmone destro non presenta aderenze: estratto dal torace, si presenta alquanto ingrandito, la sua superficie è levigata: il bordo e la sua parte anteriore sono roseo-pallidi e soffici: invece la parte posteriore di tutto il viscere è violetto-oscuro e più consistente. La superficie del taglio polmonare è rosea a chiazze rosse, e, pigiato il viscere, esce da esso una grande quantità di liquido siero-sanguinolento misto a bollicine d'aria. La mucosa dei bronchi è pallida e coperta di muco. Il polmone sinistro è

ingrandito e allungato; alla sua superficie superiore mostra due macchie rosso-oscuire, attorniate da altre simili macchie più piccole. Tagliato il viscere, la superficie del taglio è variegata rosso-oscuro e, pigiata la sostanza polmonare, esce fuori da essa un liquido muco-siero-sanguinolento, misto a bollicine d'aria. Nella cavità del pericardio si trova un po' di liquido giallo-citrino. Il cuore è piccolo, la sua superficie levigata e lucente: ambedue gli orifici atrio-ventricolari sono normali: similmente le loro valvole. Gli orifici aortico e polmonare e le valvole rispettive sono normali. La muscolatura è scarsa, consistente e rosso-oscuro.

Nella cavità addominale, tra la faccia laterale destra del fegato e la superficie addominale destra del diaframma, si rimarca un corpo ovoidale formato da una enorme quantità di vescichette, ripiene di gaz, dal volume massimo di una noce avellana al volume minimo di un acino di miglio. A cagione di tal corpo che misura trasversalmente 15 cent. e verticalmente 10, il fegato si trova respinto a sinistra, in basso e indietro. Lo stomaco di grandezza colossale presenta la forma di un U: il lato sinistro dell'U è fatto dall'inserzione cardiaca del viscere. il destro dall'inserzione pilorica; l'apice tocca il pube. Il colon trasverso, respinto a destra, contorna la curva formata dal lato pilorico. Tutti gli organi addominali presentano una superficie molto iniettata e con emorragie puntiformi. Una quantità di parecchie once di liquido siero-sanguinolento torbido, e fetido si raccoglie nel piccolo bacino. Rene sinistro piccolo, la capsula si distacca facilmente, e nella superficie levigata dell'organo spiccano arborizzazioni venose. La sostanza corticale è pallida, la sostanza

midollare rosso-oscuro. Ugual reperto pel rene destro. La milza nella sua faccia interna aderisce collo stomaco. Essa è grande e consistente, la capsula è inspessita: tagliato il viscere si vede una superficie rosso-scura frastagliata di tralci bianchi. Il fegato è molto piccolo, di colorito nero-verdognolo; tagliato, la sua sostanza si mostra giallo-oscuro: la consistenza è aumentata. L'intestino ileo a due dita trasverse dal cuore presenta un lieve enfisema del tessuto connettivo sottoperitoneale: l'enfisema cresce risalendo l'ileo e più in alto occupa così fortemente un'ansa intera dell'ileo, da costituire appunto il corpo formato da vescichette di gaz, descritto tra la superficie destra superiore del fegato e la superficie addominale del diaframma. In questa corrispondenza l'intestino presenta la superficie mucosa rosso-amaranto intensissimo e facilissimamente lacerabile: vi si trovano varie soluzioni di continuo e in alcuni luoghi è sollevata da bolle d'aria. L'intestino duodeno presenta un restringimento considerevolissimo ad un buon dito dal piloro: il tramite del punto ristretto lascia appena passare uno specillo. In questo luogo l'intestino aderisce strettamente alla testa del pancreas. Tutto lo spessore dell'intestino è assottigliato nel punto ristretto; la superficie interna è biancastra. Lo stomaco enorme, a forma di bisaccia presenta, enfiato, le misure seguenti:

Lunghezza della piccola curvatura .	cent 43
Lunghezza della grande curvatura .	> 111
Circonferenza dello stomaco nella parte cardiaca	> 49
Circonferenza nella parte pilorica .	> 39
La circonferenza della strittura duo- denale è di	> 06

I vasi venosi dello stomaco sono ripieni di sangue oscuro. La superficie interna dello stomaco è spalmata di un'intonaco mucoso spesso. La mucosa diffusamente grigio-ardesiaca, con molte emorragie puntiformi, forma delle considerevoli ripiegature; in alcuni punti presenta delle macchie più pallide. Il cerchione pilorico è rilevato dal resto; al disotto la mucosa ha carattere della mucosa intestinale. Le restanti parti dell'intestino non presentano altro di notevole: soltanto il colon discendente è fortemente ristretto. Gli organi genitali non furono esaminati.

Diagnosi: Edema polmonare ed iperemia ipostatica; infarti embolici nel polmone sinistro. Atrofia rossa del cuore. Dilatazione dell'orificio del piloro e dello stomaco: gastrite cronica. Stenosi cicatriziale del duodeno. Enterite ulcerosa dell'ileo con enfisema del connettivo sottoperitoneale. Peritonite settica. Marasmo universale.

Ebbi in seguito dall'egregio mio collega dott. Spaduzzi, medico primario, le seguenti notizie:

Virginia Pericoli, di anni 30, di professione cuoca era nata da sanissimi genitori in Pieve Bovigliana. A 25 anni d'età, epoca fino alla quale la Pericoli aveva goduto sempre ottima salute, cominciò a soffrire di cattive digestioni, gastralgie e gl'incomodi perduravano resistendo a qualunque cura. Il Prof. Mircoli, che vide la malata un anno fa circa, fece diagnosi di ulcere catarrali. Otto mesi or sono le sofferenze si fecero maggiori: ai dolori e alle cattive digestioni si aggiunsero vomiti quotidiani. Da principio erano rigettate soltanto materie alimentari ingerite, poi furono emesse insieme materie di color caffè: le forze della paziente diminuivano rapidamente mentre progredivano l'inappetenza e il dima-

gramento. Lo Spaduzzi aveva veduta la malata un mese prima della di lei morte: la trovò deperita, pallida, magrissima, con dolori continui alla regione dello stomaco, esarcerbantesi al tatto, vomito di quanto ingeriva, sete, anoressia completa. Nessun tumore alla palpazione, nulla a spese dell'apparato respiratorio e circolatorio. La paziente morì nella notte del 20 marzo.

Il caso mi sembra notevole per due fatti: 1° per l'enfisema sotto-peritoneale dell'ileo, 2° per la strettura del duodeno.

L'enfisema del congiuntivo sotto-peritoneale dell'intestino può dirsi una rarità anatomica. Esso ha avuto luogo per penetrazione di gas intestinali dalla parte ulcerata dell'intestino: probabilmente gli sforzi del vomito hanno potentemente contribuito ad enfiare l'intestino: probabilmente essi sforzi sono stati *una condizione* necessaria per la produzione della lesione. La diagnosi della quale, sul vivo, può essere impossibile senza tener conto dell'esperienza anatomo-patologica. D'altra parte, diagnosticata una consimile malattia, poco si potrebbe fare per curarla efficacemente.

Invece la stenosi duodenale può dar luogo ad utilissime riflessioni terapeutiche. Ad un attento esame la diagnosi del restringimento sarebbe stata possibile: nè sarebbe stato poi anche impossibile determinarne la natura. Le piastre biancastre nella mucosa dello stomaco hanno testimoniato sul cadavere pregresse ulcere catarrali: assolutamente la strettura duodenale deve essere stata la conseguenza della guarigione di un'ulcera catarrale circolare. In ogni caso una laparatomia esplorativa avrebbe trovata la più larga giustificazione. Mai si avrebbe potuto desiderare caso più

favorevole per la resezione parziale del duodeno. Vero è che la sede, la forte aderenza col pancreas avrebbero portate gravissime difficoltà operative: ma forse sono minori nel carcinoma del piloro? Spesso anche il duodeno è invaso per un certo tratto e quasi sempre necessita l'estirpazione di vicini gangli linfatici. Ma se l'estirpazione del punto ristretto avesse presentato difficoltà grandi, non si sarebbero potuti ottenere effetti giovevolissimi con l'operazione di Wölfler, il piloro artificiale? Come io vidi nella clinica del Prof. Billroth, l'autunno dell'anno trascorso, il Wölfler accintosi ad un'estirpazione del piloro per carcinoma, trovò che il tumore invadeva completamente la piccola curvatura dello stomaco fino al cardias: così l'operazione pensata non era possibile. Allora l'ardito operatore pensò con un'operazione accessoria ristabilire la circolazione degli alimenti, ostacolata dal restringimento pilorico. Aprì nella grande curvatura un po' anteriormente un orificio, mettendolo in comunicazione con la prima ansa del tenue dopo il duodeno: per tal modo dallo stomaco, i cibi potevano entrare nel tenue senza passare pel piloro. Un malato così operato era vissuto già qualche settimana quando lasciai Vienna; un'altro operato dal Prof. Billroth morì parecchi giorni dopo. Per una speciale conformazione della nuova apertura i nutrimenti si dirigevano verso il tratto pilorico dell'intestino, mentre il tratto inferiore sboccava nello stomaco con una fessura ristretta come una valvola. Le suture però erano saldate. Nel caso nostro l'operazione del Wölfler sarebbe potuta riuscire radicale. Ma le laparatomie esplorative sono ancora troppo rare, e il chirurgo è chiamato ancora troppo raramente nelle malattie addominali.

È appunto come contributo alla Chirurgia addominale che io ho creduto fare questa comunicazione all'Accademia.

Il Socio CERASI dà lettura della seguente nota:
Osservazioni clinico-anatomiche sopra un caso di accessi epilettoidi da sifilide :

La vera conoscenza delle malattie cerebrali da sifilide è un argomento di oggi, come dice il Fournier. Giustamente lo asserisce, perchè il reale valore delle lesioni anatomiche, lo studio semiotico differenziale, ed i felici risultati ottenuti dalla cura specifica, sono argomenti a favore dell'illustre siflografo.

Fra le nevropatie precoci sono molto più frequenti le forme paralitiche, che non le convulsive: verità anche questa desunta dalla osservazione clinica, e confermata da consenziose statistiche.

Purtuttavia le forme convulsive non sono poi così rare nel decorso del secondo periodo celtico. Più volte ebbi occasione di trovarmi in casi di tal fatta.

Mi basta ora riferirvene uno di pseudo-epilessia, che io vidi nel secondo periodo infettivo, tralasciando di narrare altri otto, le cui storie sono presso che simili al presente.

Badino, o Signori, che qui non intendo confondere le così dette crisi epilettiformi isolate e passeggiere, che si verificano spesso nei sifilitici; e che disgraziatamente furono per lo passato, niente o poco riconosciute per tali. Intendo esclusivamente ora parlare della vera *forma epilettoide*, ch'è preannunciata da una cefalalgia parieto-occipitale destra; che si attiene ad un corso più o meno remittente; che ha un ciclo ascendente e che spesso precede la vera

epilessia da siflide. Credo anzi che in genere si possa asserire clinicamente che, per giungere alla vera epilessia, si debba passare prima per le crisi epilettiformi, quindi per la forma epilettoidale, ed infine alla vera epilessia, la quale si distingue dalla volgare per molti caratteri, ma specialmente sotto il rapporto anatomico, cioè per l'assimetria dell'ossa della base del cranio, per cui si produce obliquità dei delineamenti della faccia, strabismo e deviazione pronunciata della bocca, mentre nel medesimo tempo viene ristretto il forame occipitale e compresso il midollo spinale. Questo fatto venne anche confermato dal Lassegue nel Congresso Internazionale di Londra nel 1881.

Premesso ciò, veniamo ora alla narrazione del caso clinico di accessi epilettoidi avvenuti in un sifilitico nel secondo periodo infettivo.

N. N. nel gennaio 1880 contrasse un piccolo ulcero, superficiale, accompagnato da adenite inguinale indolente. L'ulcero si curò con polvere di calomelano e cicatrizzò dopo qualche giorno, ma rimase una leggiera sclerosi e l'indurimento pronunciato delle ghiandole.

Dopo tre mesi apparve un'eruzione sulla fronte - roseola - di poco momento, e di breve durata, talchè passò inavvertita.

Trascorsero di poi circa otto mesi senz'altro incidente, tranne sull'ultimo un fiero dolor di capo, che localizzavasi in specie sul lato destro, il quale esacerbava nella notte. Fu creduta una febbre larvata periodica, per cui si somministrò, ma inutilmente il chinino. Era quello il foriero di ciò che avvenne di poi.

Un giorno, a poco a poco, l'infermo, senza per-

dere la conoscenza, vacilla, cade, non proferisce parola. Si contorcono i tratti della sua fisionomia; gli arti assumono una rigidità tonica e quindi scosse cloniche; il che tutto prevale, come mi fu narrato ed io stesso vidi in due parossismi, sul lato destro. Debbo avvertire che queste convulsioni toniche e cloniche furono di durata più prolungata di quelle che si veggono nell'ordinarie pseudo-epilessie, il che si calcola da 1 : 5.

Chiamato un medico, somministrò bromuro di potassio a dose crescente e chinino. Il male ebbe una certa tregua. Dopo pochi giorni l'accesso si rinnova, si ripete quindi il 2°, 3°, 4°, 5°. Questo avvicinarsi di parossismi misero in allarme l'infermo e la famiglia, la quale volle sentire anche il mio parere.

Il signor N. N. era un uomo di circa 50 anni, vedovo, di forme atletiche e di costituzione robusta, la sua nutrizione però era alquanto scaduta.

Seppi che i genitori vissero sanissimi fino a tarda età, per cui non ereditarietà di epilessia, nè di malattie mentali. Così dicasi dei parenti in linea diretta ascendente, quantunque questa ereditarietà, sia diretta o discendente, viene almeno posta in dubbio, od è eccezionale (Lassegue ed altri), mentre si ammette la deviata, cioè quella che si manifesta con diverse nevropatie. Ma neppure ciò si avverava nel nostro caso.

Mi dissero che l'infermo usava parcamente vino, meno liquori spiritosi. Per le sue condizioni finanziarie e sociali non ebbe patimenti di animo tali da renderlo fortemente preoccupato.

Non notai in esso asimmetria, ma bensì regolare sviluppo del cranio. Non aveva sofferto nè malattie, nè sintomi cerebrali, nè infine esistevano altri morbi

da giudicare sintomatici gli accessi epilettoidi. Era padre di numerosa e sana famiglia.

Escluso tutto ciò che era di ereditario, e di acquisito prima della sofferta ulcera, non che l'irregolarità di costruzione craniense, e calcolato l'insuccesso delle cure adoperate, cadeva il sospetto sopra l'elemento specifico, celtico, tanto più che era in nostro favore la residua sclerosi, le pleiadi indurate ed indolenti, l'ulcerò pregresso, e l'innavvertita roseola. È un fatto presso a che patognomonico e quasi costante ciò che dice M. Thiry¹ che *senza residua sclerosi locale non v'è sifilide*. A tale opinione mi associo in genere, perchè nella mia pratica la presenza o assenza sclerotica, mi guidò spesso a stabilire, se aveva a fare con la sifilide o no.

Preso di mira tale etiologismo, praticai delle iniezioni di calomelano per oppormi più sollecitamente al rinnovo degli accessi e ne feci 2 di 5 centigr., 2 di 10 e 2 di 15. Ordinai nel medesimo tempo vitto estremamente azotato e ferro. Ma dopo la terza, l'accesso si rinnova, si ripeté un secondo, ma più breve e meno intenso. Passano molti giorni, e gli accessi non più appariscono. Non fidandomi di ciò, proseguo la cura antisifilitica, cioè adopero le frizioni di pomata del Cirillo alla pianta dei piedi e lo joduro di potassio internamente. La cura si prosegue per oltre due mesi, nel qual tempo si dileguò la residua sclerosi, le adenopatie scomparvero, ma un poco più tardi; gli accessi non più ritornarono; l'infermo avvantaggiò nella nutrizione, riprese il suo carattere naturale e fino ad oggi gode perfettissima salute.

¹ *Presse Médical Belge*, 1878.

Dalla narrazione di questa storia clinica e dalle riflessioni fatte, a me sembra che non rimanga dubbio che gli accessi epilettoidi dipendevano da inquinamento sifilitico.

Permettetemi, o Signori, che ora io mi faccia una dimanda. Erano essi una vera nevrosi o dipendevano da una materialità più grossolana (mi si conceda l'espressione) sviluppatasi nel ponte o nel midollo allungato?

Questa forma morbosa fu detta dal Fournier giustamente secondaria rispetto al periodo cronologico, e la distinse bene dalla terziaria, le di cui cause anatomiche sono la gomma infiltrata o solitaria, la sclerosi e la periostosi dell'ossa craniense. La prima egli la ritiene quale *semplice nevrosi*, perchè i fenomeni complessivi sono la sola espressione di questa malattia, perchè ha un tipo invariabile, perchè non si associa ad altri disturbi del cervello (vertigini, paralisi) e finalmente perchè è facile a curarsi.

Senza contraddire assolutamente l'opinione del sifilografo francese, per me ritengo che accettare nello stretto suo senso la parola *nevrosi*, quando si tratta di un inquinamento dell'organismo, è lo stesso che riaccettare *esclusivamente* la dottrina del dinamismo, che ha regnato nelle scuole con le vecchie teorie. Io penso che debba esservi un *substratum più materiale* là dove hanno origine le nevropatie. Un semplice disturbo di rapporti fra l'asse cilindrico, la mielina e tunica esterna del nervo, non credo che abbiano ragione di essere, tanto più che i moderni studi sulle alterazioni precoci, a cui vanno soggette le tuniche vasali, sono un argomento in nostro favore. Hughlings Jackson¹ è d'avviso che le nevropatie

¹ Journ. of mental Science, 1875.

da siflide non siano *primitivamente d'origine nervosa* sotto il rapporto che gli elementi specifici dei nervi sieno *primitivamente* offesi, mentre si sa che sono prima i vasi, e quindi il tessuto connettivo, che li circonda. Così anche il Dottor I. Stretch Dowye opina parlando dell'epilessia.

Già altra volta osservai e pubblicai che le pareti vasali talora precocemente vanno soggette ad alterazioni, dalle quali si ripetono disturbi funzionali di varia forma. Nessuna meraviglia se ora ritengo che negli accessi epilettoidi l'efficiente anatomico possa essere stato una *endo-arterite* sifilitica dell'arterie cerebrali, che scorrono sul midollo allungato o sul ponte del Varolio. So bene che per controllare quest'asserto, non posseggo l'argomento definitivo della autopsia. Ma è anche certa l'esistenza sollecita di questa forma anatomica *specific*a, come verificarono l'Haubner e tanti altri, alla quale spesso succede la obliterante del Friedländer, che per me è spesso la ragione efficiente della vera epilessia, come ebbi due volte a verificare. Anzi debbo aggiungere di più che quel processo anatomico non mi acquieta per dare una *completa* spiegazione dei detti accessi e più volte ripetuti. Per me credo che il substratum lo si debba ripetere dall'anemia. È un fatto volgare che le generali e le locali son cause determinanti di nevropatie.

È ben vero che nel nostro caso non avevamo supremi segni d'ischemia generale, e per quanto l'infezione fosse galoppante non poteva mettere i vasomotori in tale stato spasmodico da originare quel quadro morboso fenomenale. Non rimaneva adunque che il sospetto di una *oligoemia parziale*, la quale era conseguenza della generale, meno accentuata, da in-

fezione celtica: in una parola la vera ischemia arteriosa del Virchow.

Causa degli accessi epilettoidi è dunque la *forma congestiva* che si determina o nelle carotidi, o nel circolo del Willis, o nelle arterie del Silvio, o in quelle del corpo striato con ischemia locale; mentre nella epilessia è la forma obliterante, è il neoplasma sifilitico (sifiloma) sia infiltrato o solitario, sia determinato da periostosi dell'ossa craniensi. Il qual fatto però è sempre collegato ad una oligoemia generale, la quale accompagna la sifilide inveterata.

Ecco la ragione, per cui gli accessi epilettoidi sono i forieri di una sifilide più grave, ma sono più trattabili terapeuticamente, mentre l'epilessia è più grave e più ribelle ai mezzi dell'arte salutare.

Stabilito così il fatto anatomico, permettetemi, onorevoli colleghi, che io faccia qualche altra considerazione la quale non solo è riferibile al caso clinico narrato, ma agli altri che ebbi occasione di osservare.

Io vidi sempre questi accessi epilettoidi appalesarsi quasi in maniera *istantanea ed indeterminatamente*, con durata più o meno lunga. Ciò io credo che possa dipendere dall'arterioso processo ischemico. Nè si può sospettare determinati da endo o periarterite gommosa, nè tampoco dalle esostosi dell'ossa del cranio, perchè si verificano nel secondo periodo, e sono d'ordinario di facile guarigione.

Un fatto degno di nota, che sempre verificai, è l'*unilateralità destra*, o almeno la prevalenza dei fenomeni convulsivi su questo lato: come midriasi, scosse cloniche e toniche, le quali sia che insorgano istantaneamente, sia con successione, dall'arto toracico ai muscoli della faccia, ed alla gamba e vice-

versa. Questo fatto fu annotato anche dal Jackson, del quale ne fece una costante regola, a cui però non sempre si attiene l'accesso. Ecco per me un'altra prova per distinguere questa pseudo-epilessia da infezione.

Se debbo però confessare la verità, io non ritrovo spiegazione anatomica di questa unilateralità destra, a meno che non si voglia ritenere che ciò avvenga, come qualcuno accennò, per lo sviluppo maggiore della parte sinistra dell'encefalo. Sarà ciò vero?!!! Certo l'osservazione clinica è vera, e venne confermata da coscienziosi sifilografi. Si potrebbe anche dire che il virus sifilitico abbia una specie di azione elettiva più pronunciata nei vasi del lato sinistro. Io so che questa *elettività* o *predilezione* sono vocaboli di *elasticità* per spiegare l'ignoranza di un fatto anatomico.

Quello che avviene per questa forma morbosa, si avvera anche in altre; come nelle artropatie, miopatie, spasimi, nevralgie, che avvengono per questo agente morbigeno, come io stesso notai in molti casi, e qualche altro come me, vide e pubblicò. Dichiaro però di non dare come un fatto *patognomonico* la mia osservazione, ma l'annuncio *come fatto quasi costante*.

Gli accessi epilettoidi per questo contagio sono passati per lo più inosservati per tali, vuoi per il carattere anatomico dell'ulcerò pregresso, e vuoi perchè non accompagnati da un treno fenomenale spiccato, appartenente al secondo periodo celtico. Questi casi si debbono, a mio credere, riferire alle così dette *siflidi ignorate* del Fournier. Infatti l'ulcerò superficiale con leggero indurimento condroide, le pleiadi poco pronunciate, la breve durata di qual-

che fenomeno secondario, o non estrinsecato nella sua solennità, od altro, sono state le ragioni d'inganno del profano e del medico. Ma ciò non deve sfuggire allo specialista, a cui sarebbe colpa la non valutazione di certe modalità, perchè la diagnosi è il risultato di un processo analitico e sintetico per tutti e specialmente per quello.

Finalmente dimando, perchè fra le sifilidi quella cerebrale si addimosta più precocemente? Anche ciò è ignoto. Per me se v'è ragione, la si deve ricercare nella predilezione, che ha questo contagio sopra i vasi, che presiedono su i centri nervosi e su i nervi e non direttamente su questi, come la pensa il Muriac¹. Certo è un fatto osservato che questa elettività di azione si sviluppa prima sopra quelli del cervello, più tardivamente nel fegato, nei reni, e quindi negli altri organi. Infatti, interrogate un sifilitico qualche mese dopo l'avvenuta infezione, ed egli, quantunque apparentemente vegeto, sufficientemente nutrito, si lamenta di un accasciamento nei poteri della vita, un indebolimento della vista, delle facoltà psiche, ed in specie della memoria, ecc.; il che tutto svanisce dopo qualche tempo se si sottomette alla cura specifica (sosta terapeutica), per ricomparire in un tempo più o meno lungo, se la si sospende.

Onorevoli Colleghi; col riferirvi un caso clinico di accessi epilettoidi da sifilide, ho posto involontariamente sul tappeto altre questioni, che hanno ancora un desiderio di definitiva risoluzione. Non m'incresce di avere ciò fatto innanzi a voi, che siete maestri dell'arte, per invogliarvi col vostro senno

¹ *Lyon Medical*, 1880.

clinico avvalorato, dalla vostra dottrina, a portare un contributo che possa colmare, in tutto o in parte, queste lacune, e rendervi sempre più benemeriti della scienza.

Il Socio BRUNELLI: Nei vari casi di forme emiepilettiche cerebrali da me osservati, un sintoma quasi costante fu sempre lo stato di paresi emiplegica post-accessionale e di carattere quasi sempre transitorio. È questo del resto un fenomeno che lo stesso Jackson riguarda come quasi patognomonico delle convulsioni unilaterali epilettiformi.

Il Socio CERASI: Io non ho riscontrato altrettanto ne' miei casi.

Il Socio CIATTAGLIA: Io ho spesso volte constatato la paresi post-accessionale di cui parla il socio Brunelli.

Il Socio TASSI: Colgo volentieri questa occasione per ricordare un caso, però ben diverso da quelli cui ha accennato il dott. Cerasi. Trattasi di un giovane droghiere che in conseguenza di siflide patita alcun tempo indietro, fu preso da convulsione epilettiche e quindi da completa emiplegia. Era paralizzato nel senso e nel moto tutto il lato destro, e perfino eravi glossoplegia, e torpore nelle facoltà intellettuali. Passarono tre mesi di cura jodo-mercuriale attiva pria che l'infermo si riavesse compiutamente da siffatte lesioni. Convengo che qui si tratti di siflide terziaria. Ma io mi permetto di dubitare che nei casi del Cerasi, si trattasse, di arterite o endoarterite sifilitica, e piuttosto si fosse in presenza di semplici disturbi nervosi, e non di vere forme

essenziali. Erano, io credo, fenomeni infettivi iniziali precoci a carico de' centri nervosi. Imperocchè l'esperienza c'insegna, che le lesioni patologiche del sistema arterioso per fatto di sifilide, avvengono assai di rado, e per lo più succedono tardivamente. Ed è rarissimo di osservarle come prime ed immediate manifestazioni sifilitiche. Nè tampoco potrei convenire sulle forme emboliche, sia perchè rare, sia perchè difficili a guarire. Di guisa che ritengo che le manifestazioni epilettiformi come primi sintomi d'infezione celtica, e così prontamente superate, non siano che pure neurosi, come le ordinarie nevralgie ostinate sifilitiche secondarie del capo.

Il socio CERASI: Accetto la neurosi pura del collega Tassi purchè non la intenda nel senso dei dinamisti; ma come una manifestazione transitoria dell'alterato circolo sanguigno indipendente sì da grossolane lesioni; ma non dai processi irritativi primordiali endo-arteriosi.

La seduta si scioglie alle 2 1/2.

Il Segretario

Dott. C. BRUNELLI

Il Presidente

PROF. L. GALASSI.

OPERE INVIATE ALL'ACCADEMIA

Studi ematologici nei leprosi : Ricerche micologiche
dei Prof. *Maiocchi e Pellizzari*.

Sul moderno indirizzo della dermatologia mercè i
progressi dell'anatomia-patologica : Prolusione
del Prof. *Maiocchi*.

Reinfezione sifilitica in due coniugi : Nota del Dot-
tore *Celso Pellizzari*.

Intorno ai cestoidi e massime al *Botriocephalus latus*;
del Dott. *Ernesto Parona*.

Topografia e statistica medica del Comune di Borgo
San Lorenzo; del Dott. *G. Ferretti*.

L'hypermégalie et la paralysie de la lueite et leur
influence sur la voix; del prof. *Carlo Labus*.

Congrès international de Laryngologie: Compte-Rendu
publié par le même.

Contribution à l'étude de l'albuminurie survenant
dans le cours de la syphilis secondaire par le
Dott. *Gabriel Cohadon*.

Observation de Xanthome en tumeur; par le Doct-
teur *Brachet*.

The influence of vivisection on human surgery by
Sampson Gamgee F. R. S. E.

Osservazioni cliniche di *Anna De-Barbieri* levatrice
assistente nell'Istituto ostetrico-ginecologico di
Genova.

Nuovi giornali inviati

Atti dell'Accademia pontificia dei nuovi Lincei. Anno
XXXIV, sessione 1^a,

La salute campana; giornale d'igiene e d'interesse
professionale.

Rivista clinica di Bologna.



SEDUTA ORDINARIA DEL 28 MAGGIO 1882

PRESIDENZA DEL PROF. LUIGI GALASSI

SOMMARIO. — Comunicazioni della Presidenza. — Presentazione di malati e pezzi anatomici: **Durante, Marchisava.** — Lo jodio succedaneo dei preparati di chinina: **Gualdi** (osservazioni **Galassi, Clattaglia, Scalzi**). — Due casi di latirismo osservati nella clinica di Parma dal dott. Giorgieri: **Brunelli.** — Azione fisiologica comparativa tra il veleno del crotalo, delle frecce indiane e del curaro: **Scalzi.** — Osservazioni sul sangue delle salamandre e dei tritoni in rapporto alle piastrine del Bizzozzero ed ai corpuscoli invisibili del Norris; del prof. Legge: **Colasanti.** — Relazione sul progetto Bompiani riguardante la sistemazione del Tevere: **Terrigi** (discussione **Scalzi, Gualdi, Pantaleoni, Maggiorani, Bastianelli, Lanzi, Terrigi**). — Opere inviate all'Accademia. — Cronaca accademica.

Il processo verbale dell'antecedente adunanza ordinaria è letto ed approvato.

Presentazione di opere e corrispondenze.

Il SEGRETARIO presenta le opere inviate in dono all'Accademia (v. in fine della seduta) e comunica la seguente corrispondenza:

1° Il ministro della Pubblica Istruzione trasmette all'Accademia una circolare del Comitato costituitosi in Monaco (Baviera) allo scopo di preparare una

esposizione di macchine ed apparecchi elettrotecnici, dal 21 Settembre al 21 Ottobre p. v.

L'Accademia incarica il Socio Brunelli di raccogliere le adesioni alla Esposizione e mettersi in relazione col Comitato direttivo.

2° Il prof. Solivetti ringrazia l'Accademia della nomina conferitogli di Socio ordinario.

Il PRESIDENTE fa la presentazione del sig. Capranica e del prof. Sciamanna, ambedue nominati soci ordinari dell' Accademia.

Il Socio SCIAMANNA ringrazia l'Accademia del conferitogli onore.

Il socio CAPRANICA fa altrettanto.

Presentazione di malati.

Il socio DURANTE, nel presentare un *caso di frattura della clavicola per azione muscolare*, fa le seguenti osservazioni:

Questo che vi presento è il terzo caso di frattura di clavicola per azione muscolare, e mi sembra abbastanza importante, in quanto che non mi è riuscito di stabilire con precisione la lesione ossea che ha potuto determinare la frattura per grave sforzo muscolare. Negli altri due casi di cui or ora vi narrerò la storia, mi fu facile rintracciare il processo morboso, che rese fragile il tessuto osseo della clavicola.

Quest' individuo per nome Patracca Nicola ha 32

anni, è operaio addetto ai lavori del gas. La sua famiglia, composta del padre e di quattro fratelli, gode ottima salute, la madre è morta per malattia acuta.

Quando l'infermo avea sette anni, come egli racconta, cadde da un albero dell'altezza di circa 3 metri e riportò la frattura dell'omero destro, la quale guarì dopo 40 giorni. L'infermo assicura di non avere avuto altre malattie, fuori di due blenorragie e sei anni or sono un'ulcera, di cui porta ancora le tracce cicatriziali nel prepuzio. L'ulcera a dir dell'infermo cicatrizzò dopo tre mesi dalla sua comparsa, ma non ha dato luogo mai a manifestazioni sifilitiche generali e oggi non riscontriamo altro nel suo organismo che un lieve ingorgo indolente nelle glandole cervicali, più rimarchevole nelle glandole inguinali.

Il giorno 28 aprile dell'anno corrente il Petracca verso il mattino avvertì un dolore molesto nel corpo della clavicola sinistra, senza alcuna tumefazione. L'infermo assicura di non aver avuto nè urti, nè colpi, nè di aver portato pesi sulla regione. Costretto a smettere il lavoro per il dolore crescente, si tenne in riposo per quattro giorni, applicando varie medele sulla parte ammalata. Nel quarto giorno, sentendosi alquanto migliorato, ma non del tutto libero dal dolore, riprese il lavoro. Dopo quattro ore che lavorava, gettando, con una secchia, acqua sopra carboni accesi, avvertì un forte scricchiolio nella regione della clavicola sinistra e contemporaneamente dolore acutissimo ed impossibilità dei movimenti volontari nell'arto corrispondente. S'accorse inoltre della comparsa di un tumore della grandezza di una noce al punto dolente. Fece ricorso all'opera del

sanitario, poichè senza dubbio la clavicola sinistra era fratturata.

L'infermo, dopo dieci giorni, fu concesso gentilmente a noi dal prof. Laurenzi, per farne oggetto di studio, nella nostra lezione di Propedeutica chirurgica e qui si stabilì la diagnosi di: « *Frattura obliqua della clavicola, probabile gomma sifilitica nella diafisi dell'osso.* » Fu applicata la fasciatura di Mayor e gli si prescrisse lo ioduro di potassio.

I frammenti che dopo dieci giorni non presentavano alcun accenno della formazione del callo, tanto che era possibile spostarli in alto e in basso in mezzo ad una massa di tessuto molle che formava un tumore della grandezza di un piccolo uovo di pollo, sotto il trattamento iodico volse rapidamente a cicatrice, e dopo trenta giorni la frattura era perfettamente consolidata, con piccolissima scomposizione dei frammenti secondo la lunghezza.

Ora domando io al vostro illuminato sapere, quale veramente ha potuto essere il processo che affievoli la resistenza dell'osso e per cui bastò uno sforzo muscolare per romperlo? Per me il dolore sofferto dall'infermo per quattro giorni di seguito, l'avanzo di un ulcero pertinace che egli ha sofferto, gl'ingorghi glandolari multipli e gli effetti del trattamento terapeutico, mi fanno credere che alla frattura precedè un processo di *osteite gommosa* che diminuisce la resistenza fisiologica dell'osso: fatto identicamente avvenuto nel caso che dirò appresso. Ad un processo di altra natura come sarebbe a dire ad una osteite rarefaciente cronica, ad una atrofia o un'osteomalacia non si potrebbe pensare senza fare abuso delle ipotesi, tanto più che nulla di simile è mai avve-

nuto negl'individui componenti la famiglia del malato.

Il caso che è quasi simile al precedente s'osserva nel *Resoconto* di *Clinica chirurgica* di Roma.¹

Un certo Eugenio Lisani di anni 40, manuale, soffrì nel suo 30° anno parecchie ulcere le quali per quanto asseriva l'infermo, non furono mai seguite da alcuna manifestazione secondaria. Due mesi prima d'entrare in clinica, cominciò ad avvertire un dolore sul corpo della clavicola destra. Dopo alcuni giorni nel punto dolente comparve una lieve tumefazione, che circoscritta, andò mano mano crescendo tanto, che dopo un mese raggiunse la grandezza di un piccolo uovo di pollo. Un giorno, mentre levava un peso da terra, intese nella spalla un forte scroscio, e da quel momento il braccio non poté più eseguire nessun movimento volontario. Venuto perciò in Clinica, osservammo sulla regione clavicolare un tumore della grandezza di un grosso uovo di pollo e tutti i sintomi della frattura della clavicola. Il tumore era duro e indolente alla palpazione, la pelle che lo ricopriva spostabile. L'infermo fu tenuto per alquanti giorni in osservazione perchè dubitavamo doversi trattare di un sarcoma centrale del citato osso. Dopo alcuni giorni, quasi di un tratto, gli si abbassò la palpebra superiore dell'occhio sinistro e l'abbassamento si manteneva persistente. Questo sintomo ci fece pensare che il tumore alla clavicola fosse prodotto da una gomma sifilitica, quantunque non vi fosse alcun segno di sifilide costituzionale nell'individuo. E gli furono amministrate alte dosi di ioduro di potassio e per questo trattamento, dopo pochi giorni, la palpebra riprese le sue attività fi-

¹ Vedi Mazzoni, Anno III di *Clinica Chirurgica* 1876.

siologiche, ed il tumore in men di venti giorni scomparve; la frattura si consolidò, e la funzione dell'arto fu tosto ripristinata.

Il terzo caso riguarda un certo Giovanni Giordani di Santa Domenica (Sicilia) robusto contadino a 39 anni circa. Due mesi prima di presentarsi a me, l'infermo narravami che, per il trasporto di un peso, gli rimase addolenzita la spalla destra; tosto s'accorse che verso il terzo esterno della clavicola l'osso si rigonfiava gradatamente; gonfiore che nello spazio di tempo suaccennato raggiunse il volume di una mela. Il tumore aveva una figura sferica, una consistenza ossea in tutta la sua superficie, meno nella parte più sporgente; anteriormente esso era di consistenza elastica. La pelle che lo copriva era normale e non aderente. Sotto la pressione, come spontaneamente, dava poco fastidio all'infermo, tanto che ha potuto lavorare fino al giorno in cui per strappare un ramo da un albero sentì uno scroscio nel tumore e da quel momento gli fu impossibile continuare nel suo lavoro, quantunque conservasse sufficientemente la funzionalità del braccio. Quando io l'esaminai, da due giorni l'infermo portava la frattura della clavicola nel punto in cui si era sviluppato il tumore, i frammenti erano mobilissimi, e vi era scomposizione secondo la direzione; il frammento esterno si abbassava ad angolo ottuso sul frammento interno. Lo sviluppo del tumore in pochi giorni fece rapidi progressi perchè, interrotti gli strati ossei che lo circondavano, non trovava ostacolo più al suo svolgimento: trattavasi di un *sarcoma gigante cellulare*. Feci la resezione della clavicola e l'estirpazione del tumore con successo; i due frammenti resecati della clavicola si riunirono per un cordone

di tessuto fibroso intermedio e l'infermo guarì completamente, potendosi servire sufficientemente del suo arto.

Ho creduto utile, egregi colleghi, raccontarvi la storia di questi tre casi di frattura della clavicola per azione muscolare, perchè non sono comuni, anzi per quanto mi sappia nessuno li ha fatti notare. Dal punto di vista pratico li credo importantissimi, perchè dalla conoscenza dei processi morbosi che predispongono alla frattura, dipende il trattamento curativo e il buon successo del medesimo. Invero avremmo avuta noi una rapida guarigione del primo caso senza il trattamento antisifilitico? E quanta responsabilità non ci saremmo assunta nel secondo caso, se ricorrevamo intempestivamente alla resezione della clavicola? Che se nel terzo caso fu necessario il farla, è certo che ritardandola, la natura del tumore avrebbe inevitabilmente perduto l'infermo.

Il Socio MARCHIAFAVA presenta un caso di *cangrena polmonale* osservato dal dott. Ferraresi:

Fra le cause della gangrena polmonale viene segnalata, come è noto, l'introduzione dei corpi estranei nelle vie respiratorie. Così Jaffè trovò nel bronco un nocciolo di ciliegia, Leyden un frammento di osso e Occhini un dente molare. Come contributo alla statistica dei casi di cangrena polmonale determinata da questa causa, io mi permetto comunicare il seguente.

Nel cadavere di un uomo di circa 50 anni, di nutrizione piuttosto scaduta, si trovò una pleurite cangrenosa destra; carnificazione, da compressione del lobo superiore e medio del polmone dello stesso lato;

bronchite purulenta e cangrenosa di metà circa del lobo inferiore. La pleura sì costale che viscerale si presentava ispessita e ricoperta da un denso essudato fibrinoso, molle, di un color grigio verdastro. Il liquido purulento abbondantissimo che riempiva il cavo pleurale era di un color verdognolo, fetidissimo e frammisto a fiocchi di fibrina. Il polmone nel lobo inferiore era convertito in un tessuto molle, sfrangiato, facilmente lacerabile, variamente colorato a chiazze grigio nerastre e verdastre: emanava un forte odore cangrenoso. Praticando il taglio delle diramazioni bronchiali, a circa metà del lobo inferiore, si rinvenne un corpo estraneo che in mezzo all'icore poté facilmente riconoscersi per un fiore di graminacea avente il suo ovario ricoperto dalle glumelle e dalle glume, terminate dalle ariste che erano rivolte verso l'apertura bronchiale. La trachea e i bronchi del polmone sinistro si trovarono otturati da grumi cruorosi, mentre il polmone, tranne un leggero edema, non presentava alterazioni di sorta.

Debbo alla cortesia del dott. Montechiari pochi cenni di storia che possono rischiarare specialmente quest'ultimo reperto. Il soggetto in questione era un tal De Blasis Giovanni, di professione mugnaio. Da più di un mese era nell'Ospedale di S. Spirito travagliato da febbre continua e da una bronchite putrida. Emetteva sputi abbondanti e fetidissimi, aventi i caratteri così ben descritti da Traube. L'esame obiettivo aveva fatto solo rilevare una zona d'ottusità che occupava la base del polmone destro. Il 23 del corrente l'infermo morì in seguito ad una broncorragia infrenabile.

Questo caso mi sembra importante:

1° per la qualità del corpo estraneo che ha de-

terminato la gangrena polmonale. Sembrerebbe difficile il supporre la penetrazione di questo corpo nelle prime vie respiratorie, senza che subito insorgessero accessi di soffocazione determinati dalla gravissima irritazione; ma se si pensa alla direzione tenuta dal corpo estraneo nel penetrare, cioè dalla parte dell'ovario, e quindi colle ariste verso l'apertura bronchiale, si comprenderà il suo giungere rapidissimo, durante una profonda ispirazione in una diramazione del bronco inferiore destro.

2° per la rarità della complicazione che ha determinato rapidamente la morte; poichè è piuttosto raro, come notano gli autori, il caso di un'emorragia nella cangrena polmonale.

Comunicazioni, letture e discussioni.

Il socio GUALDI fa la seguente comunicazione: *Lo iodio quale succedaneo della chinina, sperimentato nell'Ospedale di S. Giovanni:*

Il dott. Nonodnitschansky, medico russo, fu il primo a sperimentare lo iodio nelle febbri miasmatiche ed a riferirne i felici risultati. Dopo qualche tempo il dott. Grinnell esercitando interinalmente in un luogo malsano lo adoprà in 147 infermi di febbre malarica, e n'ebbe in tutti il pieno successo, tantochè persuaso delle virtù antifebbrili di esso lo dichiarò *vero succedaneo della chinina*.

Che io sappia i medici poco attesero ai suddetti risultati, nonchè al giudizio che n'emise lo sperimentatore; nè potrei dire se questa non curanza sia avvenuta perchè fece paura la dose eccessiva del ri-

medio da somministrarsi, oppure perchè dopo le moltissime presentazioni di succedanei alla chinina, riconosciuti per insufficienti, non vi sia più oramai chi presti orecchio alla voce di nuove proposte. È certo che nessuno ne ripetè la prova, e che nessuno vi scrisse in proposito, sia per confermare, sia per contraddire i risultati di già conseguiti.

Comunque fin dal primo annunzio mi parve che il fatto meritasse qualche attenzione, e che 147 sperimenti con 147 risultati dello stesso tenore confortassero i medici a ripeterne le prove con animo fiducioso. Fu da ciò che mi proposi di adoprare lo iodio nelle febbri alla prima occasione, come feci difatti, e come ora sono a narrarvi.

Sui primi di maggio entrava nell'Ospedale di S. Giovanni una tale Francesca Gentili di Narni, di anni 30, che da un anno era travagliata dalle febbri e di cui erano evidenti i tristi effetti; aveva enorme tumore di milza, catarro delle vie bronchiali e digestive, prostrazione delle forze, colorito terreo, denutrizione, in una parola presentava l'assieme della cachessia malarica al più alto grado. Gli accessi si ripetevano giornalmente colle note caratteristiche del parossismo palustre. Gli fu somministrata una buona dose di chinina ma inutilmente, poichè gli accessi si ripeterono egualmente, ed allo stesso grado: pensai allora di sottoporla all'azione dello iodio che gli somministrai in tintura, allo stesso modo che fu insegnato dal Grinnell, cioè in tre volte al giorno coll'intervallo di 8 ore fra un apprestamento e l'altro, riducendone soltanto la dose da lui indicata di 12 gocce ad 8 per ogni somministrazione, e diluendole in mezzo bicchiere di acqua zuccherata. L'accesso fu appena avvertito nel primo giorno dell'esperimento, poi mai più

comparve nei dodici giorni che fu tenuta nell'Ospedale per accertarmi dell'effetto del rimedio. L'uso dello iodio fu continuato per otto giorni, ma dopo il terzo ne furono fatte due somministrazioni soltanto, ed una al sesto. Ieri fu congedata dall'Ospedale perfettamente ristabilita. Il volume della milza era notevolmente ridotto, ripristinate le forze, ritornato l'appetito e di tutto ciò che vi era stato d'innormale rimase il solo pallore.

Incoraggiato dal buon risultato del primo sperimento, immediatamente ripetei il secondo in una certa Mencaccini Emilia di Poli, di anni 28, la quale si portava la febbre dall'agosto del decorso anno. Questa, negli ultimi due mesi, aveva preso il tipo quartanario, che fu ribelle per suo detto alle più grandi dosi della chinina. Anch'essa presentava l'aspetto cachettico, forse meno accentuato della prima. Si volle vedere come andavan le cose, perciò non gli fu dato alcun rimedio. Al quarto giorno della febbre precedente si ripeté l'accesso, dopo il quale gli fu somministrata la tintura di iodio come nell'altra inferma. Il risultato fu brillantissimo: l'accesso mai più comparve ed essa si ristabilì perfettamente in pochissimi giorni.

Nessun cattivo effetto seguì alle dosi sopraindicate dello iodio.

È da me lontana la idea che per questi soli esperimenti la virtù antipiretica dello iodio risulti già dimostrata. La vera dimostrazione si avrà quando i medici in larga scala ne avranno ripetuto lo sperimento ed i risultati avranno confermato le prime previsioni.

E poichè tornerebbe a sommo bene se la chinina avesse un succedaneo di facile acquisto e di pochis-

simo costo, quale appunto sarebbe lo iodio, perciò non è giusto che il buon successo dei primi sperimenti vada dimenticato, invece dobbiamo adoprarcì per confermarlo di nuove prove.

E quando pure dalla serie dei sperimenti risultasse confermata la virtù antifebbre dello iodio, soltanto per un certo numero d'infermi, non dobbiamo rinunciarne il vantaggio, ma in quella vece dovremo cercare e scoprire in quali casi potrebbe essere utilizzato. Infatti se si avverasse per altre prove che lo iodio riesce utile allora soltanto che non giova più la chinina, come si vide nelle mie inferme, l'uso dell'iodio ristretto a questa sola circostanza designerebbe già una grande conquista terapeutica.

Giova sperare che il mio invito a ripetere gli sperimenti troverà favore presso voi, nel convincimento che la nuova virtù dello iodio dimostrata ad evidenza tornerebbe a grandissimo vantaggio della classe indigente. ¹

Il socio DURANTE: Desidererei sapere dal dottor Gualdi a quale grado di concentrazione fosse la tintura di iodio da lui adoperata.

Il socio GUALDI: La soluzione era di 1 a 12.

¹ Dopo la presente comunicazione fatta all'Accademia dal sottoscritto furono continuati gli sperimenti nello stesso Ospedale di S. Giovanni, che finora riuscirono tutti con pieno successo. Fu sperimentato lo iodio anche in un caso gravissimo, ed il risultato fu splendidissimo. Ciò ispiri coraggio ai medici per proseguirne le prove, ma non deve renderli incauti a cimentarsi con questo succedaneo contro gli accessi veramente perniciosi, pei quali bisogna attendere peranco la sanzione da molti altri sperimenti nei casi comuni.

Il socio GALASSI: In una memoria pubblicata nell'*Archivio di medicina chirurgia ed igiene* fin dal 1870, io notai che in una specie di febbre remittente a fondo reumatico, nella quale era evidente la tumefazione splenica e di più la esacerbazione febbrile cominciava ogni giorno con freddo e dolor frontale, e declinava con sudore nella notte, ed esisteva anche tosse secca molestissima agli infermi, avendo sperimentata l'inutilità, anzi il danno dei preparati chinacei, mi giovai di una soluzione leggera di joduro di potassio, grano 1 1/2 in un'oncia di acqua, che apprestata da 3 a 6 cucchiaj da minestra nelle 24 ore, in 3 o 4 giorni toglieva la febbre, ed ogni altro sintoma.

Il socio GUALDI: Non era a mia notizia questa pubblicazione altrimenti l'avrei citata. Ma ammettendo anche che il prof. Galassi abbia la priorità della indicazione terapeutica, non posso però ammettere la identità dei fatti. Egli dubita che le febbri da lui curate fossero veramente di natura miasmatica, quanto a quelle da me curate esse avevano il tipo netto quartanario e questo tipo dice abbastanza per giudicarle di natura miasmatica.

E lasciando anche da un lato le mie osservazioni vi saranno sempre i 147 casi del Grinnel sui quali non pare possa cader dubbio, da quanto ho detto, che fossero di vere febbri da malaria.

Un altro appunto vorrei fare sulla varietà del preparato e sulla differenza sensibile della dose. Il prof. Galassi ha adoperato lo ioduro di potassio e a dose minima, io ho adoperato lo iodio puro e a dose massima (30 gocce di tint.) e questo pure dovrebbe essere calcolato.

Dopo tutto io mi compiaccio moltissimo che a questa

pratica terapeutica da me vagheggiata, io possa in qualche modo congiungere il nome e l'autorità del prof. Galassi.

Il socio GALASSI: Poche parole di risposta. Io son certo che le febbri da me curate colla soluzione di joduro di potassio non fossero miasmatiche, ma semplicemente reumatiche, perchè queste vennero in inverno ed in primavera, stagioni piovose e perciò sotto l'influenza del freddo umido e perchè, aggravandosi sotto l'uso dei chinacei, cedevano prontamente all'acqua jodurata. Stimo che i 147 casi curati dal dott. Grinnel possano essere stati generati sotto una simile influenza e ritengo che non si possa avere lo jodio come un rimedio antimiasmatico, per averlo sperimentato in qualche febbre intermittente di antica origine. Se poi io sono riuscito a curare le febbri da me osservate con una dose più tenue del rimedio ciò credo che debba tornare a lode del mio metodo, ed a farlo preferire all'altro che impiega una dose maggiore.

Il socio GUALDI: Ho già incaricato il mio assistente il dott. Ferraresi, a provare su larga scala il rimedio e soprattutto nelle periodiche di data recente, e mi riservo di rispondere alle osservazioni del prof. Galassi, dopo avere raccolto un materiale più abbondante. La semplice comunicazione preventiva da me fatta quest'oggi non mi dà il diritto di rispondere a tutte le possibili obiezioni.

Il socio CIATTAGLIA: Io non sono dell'avviso del mio collega il dott. Gualdi che il periodo quartanario sia esclusivo delle febbri miasmatiche; io ho notato più volte la quartanaria sifilitica.

Il socio GUALDI: Che io sappia, nessuno ha mai fatto parola della quartanaria sifilitica; ma se il dottor Ciattaglia dice d'averla osservata, io lo crederò sulla parola. Badi però il mio collega, che quel tipo è appunto ciò che mi induce a sospettare che egli si sia trovato in presenza di una semplice complicanza, e a chi esercita medicina tra noi sa che di tali complicanze non sono rari gli esempi.

Il socio SCALZI FR. La comunicazione fatta dall'ottimo mio collega il dott. Gualdi è cosa che merita tutta la considerazione dell'Accademia, prima di tutto perchè si sarebbe in possesso di un vero succedaneo della china, che fu sempre un desiderio mai appagato dai medici; in secondo luogo perchè si avvantaggerebbe non poco il lato economico degli ospedali. Però non è sulla base dei soli fatti accennati dal Gualdi che un'Accademia possa emettere un giudizio definitivo, nè dare consigli; essa deve per proprio conto far moltiplicare le esperienze, e sa bene che a questo effetto l'Ospedale di S. Spirito presenta un campo vastissimo, ove molte migliaia di febbri d'ogni tipo e d'ogni grado vengono a far capo durante l'anno. Proporrei dunque che l'Accademia delegasse alcuni medici a questo scopo.

Il socio GUALDI: Io non posso che far plauso alla proposta del prof. Scalzi e prego anzi il presidente che non solo per S. Spirito, ma anche per S. Giovanni deleghi qualcuno a fare queste esperienze. Per mia parte io prometto di continuarle, perchè sento d'averle in esse tutta la confidenza che si ha contro un vero antimiasmatico, imperocchè è appunto come tale, più che come succedaneo della china, che lo giudica il Grinnel.

Il PRESIDENTE: Senza che io deleghi alcuno dei soci particolarmente, prego tutti indistintamente quelli che esercitano negli ospedali di occuparsi di questi esperimenti, e quando che sia farli noti all'Accademia. Non è necessario ch'io faccia notare, trattandosi di persone peritissime, di quali e quante cautele debbano essere circondati esperimenti di tal fatta, quando si abbiano a metter in opera nella vera stagione delle febbri miasmatiche, ove ogni dilazione nell'apprestazione dei preparati di china può costituire un grave pericolo.

Il SEGRETARIO nel presentare una memoria del dott. Giorgieri intitolata: *Due casi di latirismo osservati nella clinica medica di Parma*, così si esprime:

Ricorderà l'Accademia i due casi di paraplegia spastica da me presentati circa un anno e mezzo fa, e verificatisi in due individui di Alatri che avevano fatto uso per parecchi mesi di un pane confezionato con metà farina di grano e metà di cicerchia (*Lathyrus cicera Lin*).

In quella circostanza promisi che avrei dato su di essi ulteriori notizie all'Accademia. Ora la presentazione del dottor Giorgieri di Parma mi presta occasione opportuna a far ciò.

Per quello che riguarda la cura, dirò francamente che nulla valse sin qui non che ad arrestare il corso ascendente della malattia ma a modificarne menomamente qualcuno dei sintomi. I due malati, che io vidi anche pochi giorni sono, godono una perfetta salute generale, hanno florida apparenza, sono ben nutriti; ma le loro gambe sono più rigide e più contratte che mai, e non possono camminare che appoggiati alle stampelle.

Un epifenomeno importante si manifestò in uno dei due, consistente in accessi epilettiformi ripetutisi tre volte. Un tal fatto valse a confermarmi nella opinione della centralità della malattia, contrariamente a quanto ne pensa il Cantani che la crede una sistemopatia muscolare.

Di questi casi io ebbi in seguito ad osservarne altri sette nel comune di Alatri, ove mi recai espressamente coi miei colleghi, il prof. Sciamanna e il dott. Salaghi. Dall'esame e dalle indagini fatte sul luogo rilevammo la identità della causa e della forma morbosa così in questi, come nei primi due, e ci accertammo *de visu* del fatto, riferitoci già verbalmente, cioè che i bambini e i vecchi restavano indenni dalla nociva alimentazione.

Avendo anche appreso da quei paesani che gli animali, specialmente i maiali, che si pascono di quella leguminosa e delle congeneri sogliono trascinare le estremità posteriori, pensai d'istituire alcune esperienze sui conigli (col *Lathyrus cicera* e col *Ervum ervilia*) nella speranza di riprodurre la medesima malattia ed avere il mezzo di esaminare le lesioni anatomiche. Fui frustrato in questa mia speranza, perchè i conigli non reggevano a lungo a quella alimentazione, benchè non esclusiva, e così mi fu impossibile di ottenere la forma morbosa dell'avvelenamento lento. Forse si riuscirebbe coi porcelli d'India e coi maiali; ma per ora io non ebbi agio di fare altri esperimenti.

La tabe spasmodica dell'Erb è riprodotta così solennemente dal latirismo, che a me pare valga la pena di ripetere questi tentativi di patologia sperimentale per chiarire le controversie anatomo-patologiche su quella malattia esistenti ancora tra i neuropatologi.

I due nuovi casi di latirismo presentati oggi dal Giorgieri sono seguiti da alcune considerazioni che credo utile riportare.

Fatta una minuta descrizione dei due malati, che io ometto perchè a voi notissima questa forma morbosa, per ciò che io ne dissi altra volta, egli fa le seguenti osservazioni:

« Dall' esame di queste due storie, si rilevano i fatti seguenti:

1° L'ammalato maggiore in età ha la lesione più grave;

2° La malattia non ha avuto i sintomi iniziali identici, nè di una intensità uguale in entrambi i casi;

3° I fenomeni di alterata locomozione ponno così enunciarsi per tutti e due gli ammalati: nei movimenti degli arti inferiori, sembra che *alla esecuzione della volontà si opponga lo spasmo dei muscoli antagonisti a quelli che dovrebbero eseguire il movimento.*

4° Abbiamo finalmente assai esagerato lo spasmo riflesso tendineo.

Ora qui sorge naturale la domanda: *in quali organi sarà localizzata la lesione?* »

« Il Cantani osservò due individui in cui il Lathyrus avea prodotto i sui tristi effetti e chiamò la malattia *Latirismo*, associando così l'essenza del morbo alla causa come si era fatto per l'*Ergotismo*. Orbene il Cantani reputa questa malattia una *sistemopatia muscolare*, spiegando in questo modo le alterazioni funzionali. — *Mentre alcuni muscoli (gli estensori) sono spasmodicamente contratti, altri (i flessori) sono allo stato di paralisi* ¹ —. Questo,

¹ Tanto nei casi del prof. Brunelli presentati all'Accademia Medica di Roma, quanto in questi da me osservati in Parma,

secondo Cantani, avverrebbe per una degenerazione subita dalle fibre muscolari. »

« Il prof. Brunelli di Roma opina invece si tratti di una lesione centrale del midollo spinale; e si fonda sugli studii e reperti necroscopici dell' Erb, Charcot, Rosenthal, i quali hanno osservato la sclerosi dei cordoni laterali della spina accompagnare le forme spastiche della paraplegia; perciò egli volle chiamare gli effetti dell'intossicazione da Lathyrus *Paraplegia spastica* ¹. »

« Ma come ho avvertito in principio non vi sono reperti necroscopici in casi di Latirismo che possano avvalorare o l'una o l'altra teoria; la seconda potrebbe solo ammettersi per analogia. Vi sono molti però che negano recisamente la dipendenza della paraplegia spastica da lesioni dei cordoni laterali del midollo spinale; tra questi specialmente il Leyden e lo Jackson.

« Quest'ultimo anzi esclude affatto lesioni cerebro-spinali, e dei fenomeni morbosi spastici ne incolpa il cervelletto, il quale avrebbe *una abnorme esagerazione della sua influenza, susseguita alla distruzione delle vie ordinarie di relazione fra cervello e midollo spinale attraverso le piramidi*. »

« Il Leyden nella sua opposizione si fonda su reperti necroscopici. Egli non ha riscontrato la lesione dei cordoni laterali quando fra i fenomeni morbosi aveva osservato lo spasmo muscolare e vi-

si è riscontrato lo spasmo, ma non la vera paralisi; infatti in certe posizioni, come stando in letto, i malati ponno con qualche sforzo essere padroni dei movimenti che in altra posizione riescon loro impossibili

¹ *Bullettino della Regia Accademia di Roma* anno VI N. 8. Pag. 4.

ceversa avrebbe trovato la lesione suddetta quando nel quadro clinico non aveva avuto spasmo di sorta. ¹ »

« La localizzazione della lesione è ancora incerta adunque ed oscura ed esige studii ulteriori. »

« Ma se gli autori sono discordi nel localizzare la lesione negli ammalati di intossicazione da Lathyrus, tutti concordano nel riconoscere una causa nociva nell'uso prolungato delle cicerchie in genere, del Lathyrus cicera in ispecie; la qual cosa del resto era conosciuta fino da antico. Ottaviano Targioni-Tozzetti descrive una *vera epidemia di paralisi agli arti inferiori* avvenuta in Toscana sullo scorcio del passato secolo, in un anno in cui per carestia i contadini dovettero cibarsi per un certo tempo di cicerchie venute dall'estero, specialmente dall'Africa. ² »

« Non mancano casi di Latirismo anche fra gli animali domestici; il Royer osservò paralisi negli arti posteriori di un cavallo in seguito ad alimentazione di cicerchia. »

« Il dottor Ferraresi ³ racconta esso pure che diciotto maiali si resero paralitici dopo avere a lungo pascolato in un campo di cicerchia. ⁴ »

« L'età dei nostri due ammalati, l'anamnesi raccolta, il loro stato attuale istesso, ci fa tosto escludere ogni possibile ereditarietà o diatesi specifiche; non possiamo dunque ripetere i loro disturbi che all'uso prolungato e quasi esclusivo dello cicerchia. »

¹ Roncati. Indirizzo alla Diagnosi IV Ediz. Pag. 1251.

² *Enciclopedia Medica Italiana.*

³ *Bollettino dell'Accademia Medica.* Roma loc. cit.

⁴ Nello stesso paese dei nostri due ammalati è volgare l'idea che una certa qualità di cicerchia renda storpio chi ne mangia e la chiamano in dialetto — *Strupia*.

« Pare che il Lathyrus sia funesto di preferenza ai giovani soggetti, giacchè nei casi fin'ora descritti si riscontrano tutti giovani adolescenti; e da informazioni che ho assunto in proposito, ho potuto rilevare che individui maturi o vecchi, o bambini affatto, sottoposti alla stessa alimentazione, non ne ritraggono nocumento alcuno. Si osserva intanto che la cicerchia nel nostro paziente più giovane non ha agito con pari intensità che nell'altro, e nella casa dove abitavano ambedue questi giovani eranvi altre quattro persone, due più vecchi e due bambini di 5 a 6 anni; tutti furono sottoposti al regime alimentare istesso e presumibilmente e proporzionatamente ciascuno ingerì cicerchia in quantità istessa; ebbene, solo questi nostri ammalati furono colpiti, gli altri godono tuttora buona salute. »

« Ma in che modo agisce questo cereale? I disturbi di cui è causa, debbono ripetersi a deficienza di nutrizione, oppure ad un *quid* tossico che esso contenga? »

« La florida nutrizione di questi due soggetti (l'abbiamo già notato) ci fa tosto eliminare il sospetto che il Lathyrus dia una nutrizione difettiva; resta adunque la possibilità dell'esistenza di un principio tossico; e questo sarà di natura *chimica* o *morfológica*? »

« Entrato in quest'ultimo sospetto, ho consegnato una discreta quantità di semi di Lathyrus, che mi sono pervenuti dal paese degli ammalati, all'egregio prof. Mojocchi, il quale ha istituito osservazioni in proposito. »

« Occorre ancora uno studio esatto, minuto per dare un responso a queste giuste domande; soprattutto sarebbero necessarie osservazioni anatomo-patologiche

le quali venissero a spiegare i fenomeni clinici che abbiamo osservati in questi due casi. »

Io debbo aggiungere che consimili studi sui semi del Lathyrus ha già fatti e prosegue a fare il nostro socio ordinario il prof. Scalzi, cotalchè il lato etiological della tabe spastica per Lathyrismo è a sperare che sarà abbastanza chiarito.

Il socio SCALZI FR., a titolo di comunicazione preventiva, espone alcune *esperienze fisiologiche fatte sugli animali col curaro e col veleno del crotalo*:

Ebbi occasione di fare sperimenti col curaro, col veleno delle frecce, e con quello dei crotali. Mi avvidi che tutte tre le sostanze producevano gli stessi effetti fisiologici, e venefici. Il tipo caratteristico di azione è quello che aveva già rilevato Claudio Bernard cioè :

a) introdotte per le vie digestive non dispiegono la loro azione, eccezione fatte delle altissime dosi;

b) immesse per iniezione ipodermica svolgono rapidamente tutta la loro efficienza;

c) producono la paralisi dei muscoli volontari;

d) mancano le convulsioni e qualunque segno di dolore;

e) persiste il movimento del cuore anche per molte ore dalla cessazione completa dei movimenti muscolari, come resta inalterato il respiro, e la calorificazione;

f) manca qualunque lesione nel cadavere;

g) l'azione si esercita dalla periferia dei nervi al loro centro.

Avendo constatato che tutte le descritte proprietà

si riferivano, con poca differenza di grado, ad ognuna delle sostanze che assoggettai alle prove, ciò mi fece nascere il dubbio che fosse una sola sostanza, mistificata soltanto da materiali accessori, e di azione in tutto secondaria.

Il dubbio si avvalora a nostro avviso:

1° riflettendo il fatto solenne che ingerite restano inefficaci, caratteristica classica, assegnata ai soli veleni animali, scoperta dapprima dal Redi nel veleno della vipera, ed affermata in seguito da tutti gli sperimentatori;

2° rammentando che l'Humboldt aveva veduto che il veleno delle frecce si fabbrica con vegetali e curaro (Kiracaguero);

3° escludendò che non possono derivare da succhi di piante che, secondo i naturalisti ed i viaggiatori sarebbero molte e di famiglie e specie differentissime, contro il fatto della loro azione, che è quasi sempre identica;

4° propendendo piuttosto per la natura animale, perchè questi veleni si avvicinano tanto negli effetti da far credere, che contengono un principio in comune, al quale si debba riferire l'essenza di azione.

Riferisco i vegetali delle tribù indiane, per dimostrare anche meglio la grande loro differenza di specie e famiglia. Il Gilus asserisce che si fabbricano coll'estratto del *Picado*; il Martius dove coll' *Elleboro* e dove coll' *Ura crepitans*; lo Schreber con vegetale a lui ignoto, ma non uno di quelli sperimentati da altri naturalisti; lo Scomboxerg con lo *Strychnos toxifera*, cui aderisce il Castelnau.

Darò conto pure delle sostanze animali, di variatissime specie, che, secondo le narrazioni diverse, si adoperano in altre tribù indiane e sono il sangue delle

aspidi, le formiche venefiche (Las Casas), i denti, ed i fegati dei serpenti.

Concludo per ora che le tre sostanze studiate, possono ridursi ad una sola origine animale molto probabilmente al veleno dei serpenti.

Gli esperimenti da noi fatti finora sono pochi per non avere materiale in maggiore quantità. Desidero che potendone disporre di altro, qualcuno dei colleghi dell'Accademia si associ per la constatazione dei fatti.

Il Socio COLASANTI a nome del prof. F. Legge, comunica la seguente memoria: *Osservazioni sul sangue della salamandra e del tritone in rapporto alle piastrine del Bizzozero ed ai corpuscoli invisibili di Norris:*

Il chiarissimo prof. Giulio Bizzozero, nella seduta del 9 dicembre 1881, comunicava alla R. Accademia di Torino, la scoperta di un nuovo elemento morfologico sanguigno, cui dava il nome di *piastrina* di sangue. I caratteri di questo nuovo elemento sono: l'esser più piccolo di un terzo o della metà dei corpuscoli rossi; l'aver forma di disco o di lente; e finalmente l'essere incolore e pallidissimo. Questa bella scoperta fu fatta nel sangue circolante, nel quale le dette piastrine si veggono irregolarmente disperse fra i corpuscoli rossi.

Il Bizzozero crede che queste piastrine debbansi riguardare come elementi speciali, poichè sono perfettamente distinti morfologicamente tanto dai corpuscoli bianchi che dai corpuscoli rossi, e crede che da essi prendano origine quegli speciali ammassi di granulazioni da cui i moderni istologi, e specialmente

il Ranvier, fanno provenire la coagulazione del sangue. Se infatti si osserva il sangue al di fuori dei vasi sanguigni senza aggiunta di alcun reattivo, le piastrine di sangue si veggono disfarsi in sottilissime granulazioni, e nello stesso tempo si osserva insorgere un fine reticolo, il quale trovasi in diretto rapporto con le granulazioni suddette. La presenza di questo reticolo, che è composto di sostanza fibrinosa, denota l'iniziarsi del coagulo sanguigno. Anche la formazione del trombo ed il coagulare dei liquidi protoplasmatici, secondo il Bizzozero, sarebbe in rapporto colle piastrine di sangue.

Lo stesso autore ha ultimamente pubblicato che nei mammiferi inferiori le dette piastrine sono nucleate e che corrispondono a quegli elementi che Hayem designò come ematoblasti.

In seguito alla pubblicazione fatta dal prof. Bizzozero di queste sue osservazioni, i dottori Neale e Norris nel giornale *The-Lancet* (N. IV, 28 gennaio) stamparono una lettera per rivendicare a sè stessi la priorità della scoperta.

Il dott. Neale dice di avere fino dal 1854 osservati e descritti, nel sangue dei gottosi, dei corpuscoli che egli crede identici ai descritti dal Bizzozero.

Il dott. Norris alla sua volta ricorda di avere già da tempo descritto dei corpuscoli speciali che hanno la stessa grandezza dei globuli rossi, che abitualmente restano invisibili e che gradatamente si colorano coll'emoglobina per trasformarsi in emazie.

A queste osservazioni dei due dottori inglesi, rispose il Bizzozero in una Nota presentata alla R. Accademia di medicina di Torino il 10 febbraio 1882. Successivamente in un'altra comunicazione fatta alla stessa Accademia, nella seduta del 3 marzo 1882, il

prof. Bizzozero espone dei fatti, i quali, secondo esso, elevano a certezza la credenza manifestata che le piastrine di sangue abbiano, in rapporto alla formazione della fibrina, quell'ufficio che Mantegazza e Schimidt attribuivano ai globuli bianchi. Questo ultimo fatto venne contrastato dal dott. Giulio Fano in una Nota preventiva sulla coagulazione del sangue, comparsa nel vol. V, fasc. IV dell'*Archivio per le scienze mediche*. In questa nota l'autore espone dei fatti i quali tenderebbero a dimostrare che, esclusa la presenza delle piastrine di sangue, si può avere ugualmente la coagulazione, alla quale, secondo esso, prendono parte attivissima i corpuscoli bianchi. Asserisce inoltre che solamente da questi ultimi deve ripetersi la coagulazione nei vertebrati inferiori, poichè in essi mancano completamente le dette piastrine.

Avendo in questi ultimi tempi studiato con molta attenzione il sangue di alcuni vertebrati inferiori (salamandra, tritone), tanto in circolazione quanto al di fuori dei vasi, credo di poter utilmente pubblicare le osservazioni fatte per contribuire alla risoluzione dei problemi suscitati dalla scoperta del prof. Bizzozero; e specialmente se siavi o no identità fra le piastrine di sangue ed i corpuscoli di Norris, e se esistano le piastrine medesime nel sangue dei vertebrati inferiori.

I.

Del sangue del tritone e della salamandra in circolazione.

La circolazione del sangue dei tritoni e delle salamandre si osserva molto facilmente se si sottopone al microscopio la coda sottilissima e trasparente dei giovani individui.

Prendendo di mira uno dei sottili capillari che si trovano nel margine tagliente della coda e nei quali per la ristrettezza del lume vasale, i corpuscoli sono obbligati a scorrere lentamente, si può assistere allo sfilare di essi nelle condizioni migliori per poterli esaminare.

Le forme morfologiche del sangue, che in tal guisa ci si mostrano, possono ridursi a tre: I. i corpuscoli rossi; II. i corpuscoli bianchi; III. una speciale forma di elemento morfologico il quale si allontana tanto dai corpuscoli rossi che dai bianchi.

Quest' ultima forma, benchè con qualche leggera modificazione, mi sembra avere una spiccata analogia con le piastrine del Bizzozzero. Poichè esse, quantunque analogamente ai corpuscoli rossi si mostrino ovali o fusiformi, a seconda che si presentino di faccia o di costa; sono più piccoli di essi; schiettamente incolori, mancando di visibili tracce di emoglobina.

Nel sangue circolante non è possibile decidere se siano o no nucleati; solamente si può osservare che taluna volta sono omogenei e levigati, mentre tal'altra sono cospersi di piccoli rilievi tondeggianti, che gli danno aspetto analogo ad un piccolo corpo moriforme. Marcatissima è poi la distinzione dai corpuscoli bianchi; distinzione, la quale si può rilevare tanto dalla forma quanto dal modo di circolare. Stantechè, mentre i corpuscoli bianchi, nell' interno dei vasi s'arrestano qua e là sulle pareti, ed emettono più o meno numerosi prolungamenti protoplasmatici, ovvero si veggono circolare sotto forma di globuli rotondi; gli elementi in discorso invece mantengono sempre la loro forma ovale e circolano liberamente in mezzo ai corpuscoli rossi nel filo as-

sile del torrente sanguigno senza giammai arrestarsi, a meno che non vi sieno costretti dalla straordinaria tenuità del lume vasale.

Riguardo al numero, questi elementi sono discretamente più numerosi dei corpuscoli bianchi, ma molto meno numerosi dei corpuscoli rossi. Generalmente se ne vede uno per ogni quaranta o cinquanta corpuscoli rossi. Raramente si possono osservare in piccoli gruppi di quattro o cinque insieme.

II.

Del sangue del tritone e della salamandra al di fuori dei vasi.

Esaminando immediatamente appena estratto il sangue dei tritoni e delle salamandre coll'aggiunta della soluzione fisiologica di cloruro di sodio, oltre ai corpuscoli rossi ed ai corpuscoli bianchi si osservano le suddescritte forme allungate, ovali ed incolore. I corpuscoli bianchi in questi animali, come si sa, sono molti grandi ed anche alla temperatura ordinaria sono animati da marcatissimi movimenti ameboidi, i quali non cessano che con la morte. Questa si manifesta col ridursi del corpuscolo in una sfera granulosa dalla quale veggonsi sortire delle goccioline pallide dapprincipio piccine, e poi più grandi, le quali a poco a poco si sottraggono all'osservazione senza lasciar traccia di sè. I globuli però, quantunque profondamente alterati, rimangono sempre visibili e caratteristici, costituiti da un grosso nucleo centrale, circondato da un sottile ed irregolare straterello di una sostanza granulosa di natura albuminoide.

L'altra forma invece non presenta traccia di movimenti ameboidi, e nel breve tempo in cui può essere osservata, senza che subisca metamorfosi, si mostra con gli stessi caratteri che la individualizzano nel sangue circolante. La sua forma cioè è allungata ed ovale; il suo colore è presso a poco uguale a quello dei corpuscoli bianchi, benchè un poco più pallido; le sue dimensioni sono più piccole di quelle dei corpuscoli rossi, da cui si differenzia per essere più allungata e più schiacciata di essi. La sua struttura mostrasi omogenea o leggermente granulosa. Qualche volta racchiude un nucleo rotondo che per circostanze sconosciute non sempre è manifesto.

Le metamorfosi a cui questa speciale forma di corpuscolo sanguigno è soggetta, dopo alcun tempo che si tiene in osservazione, sono le seguenti: La forma allungata ed ovale a poco a poco si perde e l'elemento vedesi tornare su se stesso in modo da ridursi in un piccolo globulo. Contemporaneamente nel suo interno si depongono numerosissime granulazioni, le quali tendono a farsi sempre più, benchè lentamente, periferiche. Trasformatosi così questo elemento in uno sfera tutta ripiena di granulazioni, queste veggonsi uscire al di fuori in un punto quasi sempre circoscritto, formando, vicino ad esso, una specie di nubecola granulosa che si potrebbe paragonare, per l'aspetto, al getto di muco che si osserva espandersi dalla apertura delle cellule epiteliali caliciformi. Intanto il corpo dell'elemento sembra quasi svuotarsi, facendosi sempre più chiaro ed omogeneo, fino a tanto che non apparisce più che sotto forma di una pallida gocciola che non contiene alcuna traccia di granulazioni.

Se invece della semplice soluzione fisiologica di

cloruro di sodio, si impiega la stessa soluzione con l'aggiunta di una debole quantità di metil-violetto, allora, mentre i nuclei dei corpuscoli rossi ed i corpuscoli bianchi si colorano rapidamente, l'elemento in discorso invece o non si colora, o solo lentamente e con minore intensità.

Oltre de' suddescritti elementi, in consimili preparazioni si osservano dei corpuscoli di un estremo pallore e tutt'affatto omogenei, i quali non si rivelano che per una linea debolmente refrangente la luce che li circonda. Nell'interno del circolo chiuso da questa linea, il corpuscolo non presenta traccia di struttura ed ha lo stesso indice di refrazione del liquido d'aggiunta. Seguendo lungamente uno di questi corpuscoli, ho visto il detto circolo farsi sempre più pallido finchè è assolutamente scomparso dall'osservazione.

Dalle suddette cose si può desumere che nel sangue del tritone e della salamandra si riscontrano, oltre dei corpuscoli bianchi e dei rossi, due altri elementi dei quali uno sembra essere, benchè con qualche modificazione, analogo alle placche di sangue del Bizzozzero, l'altro al corpuscolo invisibile di Norris. Però, mentre il primo deve veramente ritenere come una parte costituente normale del sangue, dell'altro non può dirsi lo stesso, poichè solamente il primo si rinviene nel sangue circolante, mentre l'altro fa assolutamente difetto. Nè può farsi l'obiezione della sua soverchia pallidezza, poichè, quando si è prevenuti, è facile osservare qualche dettaglio per quanto delicato.

Ritengo invece che, analogamente a quanto il Bizzozzero nella sua Nota di risposta al Norris as-

serisce riguardo al corpuscolo invisibile descritto da questi nel sangue dei mammiferi, così anche per questa forma che ho vista nel sangue estratto dalle salamandre e dai tritoni, debbasi pensare ad un prodotto di alterazione dei corpuscoli rossi.

Il sospetto me ne venne osservando che qualche volta, o nel centro, o verso la periferia di questo corpuscolo stava un nucleo sferico, granuloso, fortemente rifrangente la luce.

Dapprincipio credetti che si trattasse di un corpuscolo bianco sovrapposto, poichè avevo constatato che esso usciva talvolta al di fuori, se una corrente stabilivasi nella preparazione o se qualunque altro leggerissimo urto fosse impresso a questo; l'orlo limitante il corpuscolo, rimanendo generalmente inalterato. Ma ben presto mi persuasi che doveva trattarsi di un nucleo proprio a questo strano elemento, perchè s'allontanava per tante guise dai corpuscoli bianchi, e perchè, per uscire, l'avevo visto forzare la linea dentro cui era chiuso. Spingendosi infatti il nucleo alla periferia, talvolta avveniva che l'orlo del corpuscolo si modellava su di esso; ed estroflettendosi l'accompagnava per piccolo tratto, finchè non si fosse reso completamente libero. Ne fui poi certissimo quando osservazioni successive mi posero in grado di fare una giusta interpretazione dei fatti pur ora descritti.

Queste osservazioni sono le seguenti.

Allorchè si esamina il sangue con tutte le dovute cautele, allora il corpuscolo in discorso non compare affatto nella preparazione; ma quando invece si fa una preparazione alla buona, allora esso compare in numero maggiore o minore. Infatti se invece di esaminare il sangue che sgorga abbondantemente da

una ferita, si esamina il sangue toccando il vetro porta-oggetti contro una piccola ferita della pelle, allora i detti corpuscoli sono numerosissimi; e ciò perchè in questa manovra il sangue viene a mescolarsi all'acqua che bagna la cute dell'animale. In simili preparazioni si può assistere alla trasformazione dei corpuscoli rossi nelle forme suddescritte, e si può avere la spiegazione dello strano fenomeno, accennato di sopra, della fuoriuscita cioè del nucleo dal corpo cellulare. Facendo delle preparazioni del sangue aggiungendo acqua comune, si hanno gli stessi risultati, ma il preparato riesce più dimostrativo poichè tutti i corpuscoli rossi subiscono la medesima alterazione. Essi cominciano a perdere l'emoglobina divenendo perciò a poco a poco così pallidi, che il loro corpo cellulare scompare completamente dalla vista, non rimanendo più visibile che una linea circolare od ellittica, la quale dev'essere attribuita alla membrana cellulare, che alla periferia mostravasi in iscorcio.

I nuclei alla loro volta subiscono un'alterazione, la quale consiste nella trasformazione di essi in una sfera brillante e nella formazione, nel loro interno, di bastoncelli di sostanza fortemente rifrangente la luce, irregolarmente disposti.

Il nucleo sembra rimanere completamente libero nella cavità della membrana, poichè lo si vede, a volte, rimanere nel centro, a volte muoversi verso la periferia per rimanere applicato alla faccia interna laterale della membrana. Questa non è ugualmente risparmiata dall'azione alterante dell'acqua, poichè anche il punto in cui rimane per alcun tempo visibile, cioè a dire la periferia, finisce per sottrarsi completamente dall'osservazione. Ciò sembra dipen-

dere da un graduale rammollimento che essa subisce. Devesi parimenti a questo rammollimento della membrana la fuoriuscita del nucleo, il quale non esce mai spontaneamente, ma sempre in seguito allo stabilirsi di correnti nel liquido d'aggiunta, o in seguito ad urti artificialmente impressi alla lamina coprioggetti. Uscito il nucleo, rimane la membrana cellulare vuota sotto forma di un disco pallidissimo, il quale in ultimo scomparisce completamente. Allora non si osserva più nella preparazione che una grandissima quantità di nuclei trasformati nel modo che si è detto di sopra.

CONCLUSIONI:

I. Nel sangue dei tritoni e delle salamandre oltre dei corpuscoli bianchi e dei rossi esiste uno speciale elemento morfologico, il quale se non è identico è almeno analogo alle placche di sangue del Bizzozero.

II. Nei preparati dello stesso sangue si osservano dei dischi incolori i quali corrispondono alla descrizione che dà il Norris dei suoi corpuscoli invisibili.

III. Questi dischi sono il risultato di un'alterazione subita dai corpuscoli rossi in presenza dell'acqua. Ciò conferma quanto il Bizzozero asserisce circa l'essenza dal corpuscolo invisibile di Norris nei mammiferi.

IV. Le alterazioni che i corpuscoli rossi subiscono in presenza dell'acqua sono lo scioglimento e l'effusione dell'emoglobina; la trasformazione del nucleo, da ovale che era, in una sfera brillante ed il rammollimento della membrana cellulare, la quale

finisce per scomparire, lasciando liberi i nuclei, che rimangono soli e notanti nel liquido.

Il Socio TERRIGI in qualità di relatore, dà lettura della seguente *Relazione sul progetto ministeriale di sistemazione del Tevere*:¹

Illustri Colleghi. — Trascorse molto tempo senza che la Commissione scelta dalla Presidenza della nostra Accademia vi esponesse il giudizio ed il suo opinamento sopra il progetto di una nuova inalveazione del Tevere elaborato dal Ministero dei lavori pubblici, direzione generale delle opere idrauliche, dall'ingegnere capo sig. G. Zucchelli.

A noi della Commissione, dopo che mancò ai vivi il nostro compianto collega prof. Valeri, parve giusto pregare il nostro egregio Presidente di surrogare il vuoto lasciato nel seno della Commissione, colla nomina di un nuovo membro. Accettatosi l'incarico dal socio dottor Fedeli, ci riunimmo, concretammo quanto ci sembrò utile esporvi, ed affidata a me la relazione, stabilimmo di darvi contezza del nostro operato nella prima seduta ordinaria.

Allo scopo di preservare la città di Roma dai danni delle allagazioni tiberine, si pensò ad una nuova e parziale inalveazione del fiume, estesa per una lunghezza di oltre due chilometri, attraverso i prati di Castello, dalla risvolta della Farnesina, a valle di Ponte Milvio, sino alla risvolta di S. Spirito

¹ La Commissione Accademica incaricata di studiare il progetto Bompiani era composta dei soci Pantaleoni, Balestra, Lanzi, Fedeli e Terrigi.

a valle di Ponte Elio; sistemando il successivo tronco dell'alveo sino al Ponte S. Giovanni dei Fiorentini.

Tale progetto, commendevole per arditezza di concetto, offre però dal lato della igiene, attesi gl'incalcolabili ed anche imprevisi danni, tale una vulnerabilità, che spontanea si presenta anche ad una mente volgare e poco o punto versata in siffatti studi.

Desta in vero sinistra previsione, trattandosi del suolo di Roma, la messa in disordine di tutta la vasta superficie dei prati di Castello già tanto malsana allo stato attuale, e che offre ben due milioni di metri quadrati di superficie. Si presente il triste fetor di sepoltura al solo pensiero che quattro milioni di metri cubi di terra dovranno essere rimossi per lo scavo del nuovo alveo, accumulati lungo il lato sinistro di detto alveo, disponendoli così a produrre, nel momento di favorevoli occasioni, ogni possibile infezione dell'aria. Rimestandoli quindi pel riempimento del nuovo alveo, si uniranno colà in malefico connubio colle luride melme, e nessuno può calcolare le mortifere conseguenze ed escogitarne il rimedio. Ma la penosa impressione del medico igienista è la quantità del tempo necessario al compimento di tale intricato lavoro. Si legge nella relazione Zucchelli, in previsione, nulla meno che otto anni, de' quali sei necessitano per l'apertura e completa sistemazione del nuovo alveo, e due per la colmatura del vecchio. È possibile si avveri questo calcolo colla matematica precisione indicata nella relazione? Lo stesso ingegnere Zucchelli ne dubita scrivendo *che i conti bisogna farli col fiume*. Giustamente l'ingegnere Vescovoli riflette che bisogna

aggiungervi le intemperie delle stagioni ed il clima del paese. ¹

La Commissione dovendo limitarsi alle sole considerazioni igieniche, non crede opportuno riferire tutte le gravi obiezioni tecniche esposte dal signor ingegnere Vescovali, capo della direzione idraulica del Municipio di Roma, esposte nella sua Memoria con una competenza non comune. Si crede peraltro in dovere di riassumere in poche parole quanto venne detto dal nostro collega dott. Balestra, membro anch'esso della nostra Commissione, nella sua Relazione sul progetto della nuova inalveazione del Tevere, letta ed approvata nell'adunanza del 2 febbraio 1881, della Commissione speciale del comune di Roma. Alle considerazioni del Balestra, ne aggiungerò poche altre allo scopo di far risaltare gl'incalcolabili danni, che necessariamente arrecherebbero alla pubblica salute i lavori di tale, benchè parziale, inalveazione del Tevere.

Il Balestra esordisce col dire, che l'esperienza ha confermato, che non solo in Roma ma ovunque le estese e profonde escavazioni e rimozioni di terra rendono più o meno infetta l'aria. Noi non possiamo che confermare tale fatto, per la ragione che quando circostanze favorevoli e straordinarie si associno ai grandi rimestamenti di terra, in specie se pregna di sostanze fermentiscibili, ognuno sa quanto morbifera e micidiale si renda l'aria.

Accenna in seguito il Balestra alla qualità della terra da scavarsi, la quale benchè in parte costituita da sabbie poco atte al fermento, ciò non pertanto

¹ *Le conseguenze della deviazione del Tevere nei Prati di Castello, Considerazioni ecc.*, pag. 30.

lungo il tratto del nuovo alveo, ed in specie nella zona abitata, i strati superiori ad essa, da uno a tre metri e più, sono composti di *humus* pregno di materie organiche per effetto di infiltrazioni. Il rimescolamento di queste diverse qualità di terra, nella propizia stagione, produrrebbe secondo esso un *fermento organico-terroso*, quindi produzione malarica. A ciò aggiunge l'impregnamento acqueo dei terreni, causato in specie negli strati inferiori dalle acque diffuse nel sottosuolo. Ecco, dice Ballestra, formata una melma, che nella stagione calda dà luogo a facili scomponimenti e fermentazioni, da rendere le infezioni miasmatiche intense e gravissime per primo agli stessi operai. Appoggia queste sue previsioni sui malefici effetti già sperimentati, benchè in proporzione più piccola, colla infezione prodotta dai lavori della Farnesina, che si diffuse sopra vasta zona all'intorno sino all'opposta sponda del Tevere. Su queste savie riflessioni la Commissione nulla trova a ridire non solo, ma ampiamente le conferma.

Il lungo periodo di tempo già sopra accennato pel compimento dei lavori, impensierisce anche il Ballestra, specialmente pel deposito delle terre. Cita perciò l'esempio di S. Cosimato, ove furono deposte ed accumulate parte delle terre scavate nei lavori del Tevere, le quali ingenerarono una vera epidemia di febbri miasmatiche che imperversò su tutte le adiacenze. Conchiude: « se tanta calamità avvenne per « depositi di terre comparativamente minimi, quali « mai saranno gli effetti derivati dai depositi giganteschi, se si effettuasse il progetto della nuova inalveazione? È possibile prevenire e combattere l'infezione prodotta da un fomite sì smisuratamente « vasto? » Il nostro collega fa risaltare il grave in-

conveniente che, dovendosi colle terre già scavate, colmare il vecchio alveo, ove rimarrebbero per necessità acque stagnanti, si formebbe pel mescolamento uno strato di fango ben potente, al cui prosciugamento non basterebbe un'anno, e che, seguitando a fermentare, sarebbe fomite di miasma. A ciò aggiunge la infezione miasmatica derivata dal fondo del nuovo alveo, prima della nuova immissione delle acque del fiume, e che avrà il suo fondo bagnato dalle acque d'infiltrazione stagnanti nell'ampio cavo. Fa riflettere, il Balestra, che per la colmatura del vecchio alveo, essendo proposto nel progetto la sbarratura con diga a monte, lasciando aperta alle acque la comunicazione a valle, queste rimarrebbero rinchiusa per un tratto di 3600 metri senza corso, mescolate alle luride acque delle cloache della città; le quali rimarrebbero corrotte nella calda stagione. Lo scopo d'impedire tale corruzione, non sarebbe raggiunto dalla proposta degli ingegneri, di mantenere cioè un corso costante di acque mediante la costruzione di una chiavica sull'argine sinistro, rinnovando in tal modo ogni due giorni l'acque del vecchio alveo. A tutte queste considerazioni il Balestra aggiunge, che i lavori devono eseguirsi nella sola stagione più calda ed asciutta per evitare le abbondanti piogge e le piene dell'autunno e dell'inverno. Pertanto nella primavera e nella estate, stagioni più propizie alla genesi del miasma palustre, e per la durata di anni sei secondo i calcoli, saranno rimosse le terre pel taglio del nuovo alveo, altri due per la colmatura del vecchio, e durante questo lungo periodo la città sarà esposta a tutte le incalcolabili vicende derivate dai lavori, che potranno essere rese più gravi dalle stagioni piovose, dalle

innondazioni e da altre cose impreviste. Queste in succinto sono le riflessioni del nostro collega, che per la loro realtà e gravità la Commissione apprezza e giustifica.

La Commissione, dopo avere esaminato l'intero progetto, unisce alcune considerazioni alle già sopra esposte, attesa la gravezza ed importanza di un argomento, che riguarda direttamente la pubblica salute.

A noi è sembrato innanzi tutto tener conto della natura fisica del suolo e sottosuolo, la quale ha sempre la sua grande influenza sulla qualità ed estensione di certi lavori. Partendo dall'esame del profilo altimetrico e geognostico del terreno lungo l'asse della nuova inalveazione, Alleg. 4° Tav. II del progetto, risultano così formati i terreni. In basso dalla metà superiore del nuovo alveo sino dentro la città, vien detto nella relazione Zucchelli, che il terreno è costituito da antichissimi depositi fluviali, i quali a 14 e 16 metri sotto il livello del mare, sono sabbie siliceo-calcarei bigie con mica ed argilla. Al di sopra si distende un'argilla plastica tenacissima bigio-scura con avanzi vegetali quasi torbosa, e questo strato giunge al livello del mare (O dell'idrometro di Ripetta). Fra il livello del mare e quello delle acque magre del fiume s'incontra altra argilla plastica tenace bigia. Sopra questa sino al piano di campagna, argilla giallastra un poco sabbiosa alla superficie. Nella stessa relazione vien detto che la stratificazione dei vari terreni è svariaticissima, per cagione di erosioni effettuate dalle correnti, le quali scavarono e riempirono successivamente gli strati erosi con nuovi depositi, e ciò sopra tutto si verifica a valle del nuovo alveo, ossia entro la città stessa.

Nella maggiore solcatura dello strato sabbioso profondo a valle si distingue un primo strato di argilla sabbiosa bruna, anche questo eroso ed incavato a valle, e sostituito nella parte erosa da argilla plastica bigia. Tutti gli strati sono poi ricoperti da argilla sabbiosa bruno-giallastra, che si vidde costituire lo strato superficiale a monte.

Le quote altimetriche delle acque sotterranee lungo il taglio oscillano fra i metri 12,55, ed i 6,36; e ponendole in confronto con quelle delle magre del fiume, si vedrà la poca differenza di livello fra loro. Terremo in minor conto quelle a monte per essere fuori della città, benchè in quanto alla loro influenza sulla umidità dei terreni abbiano lo stesso valore. Tali zone acquifere a monte, presso il fosso di Capoprati (come vedesi Alleg. 4° Tav. II), sono metri 8,07; al Vicolo del Massaio m. 9,89; al Fosse della Balduina m. 12,55; al Fosso della valle dell'Inferno m. 10,60; alla casa Baldini m. 11,54. In alto, a monte del taglio, il pelo della magra ordinaria è a m. 6,68; da ciò ognun vede a quanta poca profondità dal piano di campagna si trovino le zone acquifere. A preferenza di tutto è importantissimo far rilevare che presso le mura della città la zona acquifera è a m. 6,36; in Borgo S. Angelo ed al Vicolo del Villano a m. 11,18. Ciò avviene in causa dell'avvallamento od antica erosione degli strati impermeabili, che necessariamente formano una conca di acqua sotterranea. Il pelo di magra ordinaria del fiume a Borgo S. Spirito è di m. 5,78. Queste cifre parlano eloquentemente, e fanno vedere come presso le mura urbane, e dentro l'abitato stesso, la sotterranea raccolta di acque sia a pochi metri dal piano stradale.

Nella relazione viene detto che la natura del terreno è in gran parte costituita da argilla plastica tenacissima, la quale benchè mostri contenere avanzi vegetali, sia nera, quasi torbosa e trovandosi circa a due metri sotto il piano delle escavazioni del nuovo alveo; nulla influirebbe perciò a processi di fermentazioni, e rimarrebbe innocua. Concesso tutto ciò nei limiti del probabile, rimane sempre il fatto che i terreni soprastanti a questo strato sono pur essi di origine fluviale e contengono più o meno avanzi vegetali convogliati nelle piene. Nè potrà negarsi che anche quel poco di terreno di scarico entro la città, e l'altro di *humus* o vegetale nei prati di Castello, sono ambedue impregnati delle filtrazioni delle attuali piene, che sempre trascinano e quindi depositano materiali organici assieme alle melme. Smosso pertanto questo incolto ed infetto suolo, ed il sottostante, variamente torboso, non può essere a meno si producano effluvi malarici.

Quello peraltro che fu poco considerato è l'azione delle acque meteoriche e delle sorgive del sottosuolo. Nè giova illudersi, non sempre scorre propizio e sereno il corso delle stagioni, nè giova sperare che poche sieno le sorgenti del sottosuolo. Infatti tutto il soprastante e sufficientemente vasto altipiano del sistema del Monte Mario e Vaticano, formato da poca quantità di terreno vegetale in superficie, viene seguito in basso da potente strato di sabbie gialle plioceniche, in conseguenza tutto permeabilissimo. Oltre a ciò riceve un tributo di corsi di acque da più eminenti altipiani, per cui agisce come una spugna assorbente che verrà cedendo costantemente le acque, impedita a filtrare più profondamente dalle sottoposte marne compatte plioceniche; le quali come

impermeabili, favoriscono lo scolo di esse nella sottostante pianura, e quindi nel collettore naturale, il Tevere. La copia di queste acque è immensa, nè sono tutte conosciute le diverse zone acquifere; e della copia di tali acque converrebbe tener conto non solo nell'attuale progetto, ma bensì nella generale sistemazione del Tevere. Finora non solo si è veduto porre in opera alcuna cosa, ma neppure escogitato il modo da lasciare almeno un varco a queste acque nelle arginature del fiume. Le acque in questione saranno la causa di una perenne sorgente di allagamento del nuovo alveo, ed agiranno colla loro proprietà solvente, prima e dopo che furono smossi i terreni, molto più se per cause imprevedute, o non removibili rimarranno stagnanti. Si aggiunga il favore di propizia stagione, o di cause eccezionali, sarà il vero fomite costante malarico, al quale nè i mezzi, nè la volontà dell'uomo potrà rimediare.

Dovrà pur anco tenersi in gran conto il dominio dei venti rapporto alla città, ed alla sua parte più abitata; giacchè nella stagione di estate specialmente dominando i venti di ovest, e di sud-ovest, rigetterebbero i miasmi sulla sinistra del Tevere così densa di popolazione; la quale da sana attualmente, sarebbe convertita in malsana.

Dal punto di vista igienico adunque la Commissione è dolente di non poter avvalorare col suo appoggio il progetto di cui è questione, benchè dal lato tecnico si offra ingegnoso ed ardito.

Il Socio SCALZI: Siccome i lavori di sistemazione dei grandi fiumi che traversano le città popolate furono eseguiti già in altri luoghi, così desidererei sapere se si conoscono tutti i particolari che riguardano i problemi igienici.

Il socio GUALDI: Un fatto occorso in luogo poco distante dalla nostra Provincia, a Pontecorvo, potrebbe servire in qualche modo di risposta alla interrogazione del prof. Scalzi. Nel 1879, il Garigliano, per una spontanea deviazione delle sue acque, lasciò a secco un tratto del suo corso suburbano. Or bene in quell'anno la mortalità di Pontecorvo raggiunse la cifra incredibile di 965 in una popolazione di 11000 abitanti circa; e nel 1880 scese a 700, che è sempre una proporzione più che enorme. E notisi che Pontecorvo non è paese di malaria.

Il socio TERRIGI: Allorchè io parlai delle zone acquifere del bacino di Roma e dei danni che sarebbero derivati alla città dall'innalzamento di livello delle acque del sottosuolo, per impedito sbocco nel Tevere o per altra ragione, io accennai ad una epidemia di febbri tifoidee avvenuta nel 1876 a Vienna, allorchè diminuita l'acqua di alcune nuove sorgenti, si dovette riattivare provvisoriamente l'acquedotto *Kaiser Ferdinands* che riceve acque di filtrazione e che da qualche anno rimasero senza tiro e perciò aumentarono di livello. Se ciò non risponde direttamente alla interrogazione fatta dal prof. Scalzi, dimostra per lo meno di quanta importanza sia per la igiene di una città che i problemi idrografici vengano studiati con la più grande assennatezza. Io ringrazio poi il socio Gualdi di avermi data notizia del fatto avvenuto a Pontecorvo e che io ignoravo, perchè esso contribuisce ad avvalorare la opinione della Commissione.

Il socio SCALZI: La notizia data dal Gualdi, che del resto io posso confermare per aver fatto parte

di una Commissione governativa spedita a Pontecorvo in quella circostanza, non mi pare che soddisfi alla mia domanda. Mi sarò certamente espresso male; ma io intendo ora chiarire meglio il mio pensiero. Dato, io dico, che la deviazione del Tevere sia una imprescindibile necessità per i grandi ed incalcolabili vantaggi che da essa si attendono, v'ha modo di attenuare i danni temporanei che ne possono derivare; vi sono esempi, io domandava, che ci possano servir di guida? So che la combustione delle sostanze organiche torbose e la coltivazione dell'olmo potrebbero essere un buon correttivo; ma potrebbero usarsene altri ancora. La questione in questo modo assumerebbe proporzioni più conformi alla sua importanza. Vi sono pur troppo inconvenienti e danni da attendersi dalla deviazione del Tevere, ma questi danni sono poca cosa in confronto dei benefici immensi e perenni che recherà. Se dunque fosse accertato scientificamente che la detta deviazione preserverebbe d'ora innanzi Roma dalle inondazioni, chi di noi saprebbe mettere innanzi, come questione pregiudiziale, dei danni transitorii e probabilmente eliminabili in parte dalla scienza? È questo un lato di studio che non trovo abbastanza assodato.

Il socio TERRIGI: Alle riflessioni messe innanzi dal prof. Scalzi si è già in parte risposto nella Relazione attuale e in quella del dott. Balestra. Le condizioni fisiche del suolo di Roma, o signori, sono eccezionali, e non si potrebbe prendere ad esempio ciò che si è fatto altrove per indursi a far qui altrettanto. Il prof. Scalzi parla di combustione delle torbe ma queste sono argille torbose di cui sarebbe impossibile la distruzione col mezzo del fuoco. Parla di pian-

tagioni; ma io non credo che queste sarebbero sufficienti ad eliminare un fomite d'infezione di tanta vastità.

Il socio MAGGIORANI: Se la semplice sistemazione di alcune strade di Roma bastarono negli anni passati a peggiorare così sensibilmente le nostre condizioni igieniche, che cosa accadrebbe in uno sconvolgimento così vasto di terra quale si richiede per la deviazione di un fiume come il Tevere?

Il Socio LANZI: Prescindendo dalle difficoltà per non dire impossibilità del bruciamento della torba, perchè argillosa, come notò il relatore, faccio osservare al prof. Scalzi che, dato anche potesse ciò effettuarsi, sarà sempre indispensabile farla prima prosciugare, e durante il prosciugamento, che non può essere che assai lungo, dispendioso e soggetto a molte vicende, c'è più assai che non occorra per igenerare la malsania dell'aria. A meno che dunque il professor Scalzi non sappia indicarci un metodo per raggiungere con rapidità questi risultati, io non credo applicabile la combustione.

Il socio SCALZI: Mi dispiace d'essere stato frainteso. Io non ho fatto che rivolgermi alla Commissione, che aveva studiato a fondo il progetto Bompiani, per sapere se si poteva invocare un qualche esempio in favore della deviazione del Tevere, ed accennando ad alcuni mezzi che io reputava atti a diminuire i danni, non ho preteso di darli come cosa certa ed indiscutibile, ma ho voluto rilevare un lato della quistione che mi sembrava non abbastanza studiato nella Relazione.

Il socio PANTALEONI: Come membro della Commissione sento la necessità di dichiarare che noi non ci siamo occupati della parte tecnica della quistione, ma della igienica soltanto. Ma volendo pure dare una qualche risposta alla giusta domanda del socio Scalzi, ricorderò che in epoche molto anteriori alla nostra si volle rettificare alcune delle molte curve che fa nel suo percorso la Senna, e che si credevano causa d'inondazione dei quartieri bassi della città di Parigi. Or bene il fatto dimostrò che quelle rettificazioni non valsero allo scopo, e fu perciò abbandonato il progetto di continuarle.

Anche pel corso del Tevere si è già espresso da qualche abile tecnico il parere che la semplice rettificazione delle curve non valgono gran fatto alla preservazione dalle inondazioni; onde pare a me che la quistione mossa dal socio Scalzi manchi della sua base.

Ci sarebbe, a mio avviso, un'altra grave questione tecnica che si collega in qualche modo a questo argomento. La terra vegetale, o signori, si va facendo sempre più scarsa nelle montagne e nelle colline; le acque piovane la trascinano verso i grandi corsi di acque, i quali si prolungano divenendo di tanto più lenti; e si è minacciati, col tempo, di vedere le nostre campagne a intisichire per mancanza dell'*humus*, tanto necessario alla vegetazione mentre si raddoppiano le innondazioni. Questa vicenda geologica inevitabile, ha suggerito ai tecnici le colmate in grandi estensioni, e questo metodo riuscì in Toscana assai fruttifero in grazia della esemplare costanza del barone Ricasoli, ma per molti anni le malattie raddoppiarono.

Il socio **BASTIANELLI**: Io mi associo in massima alle conclusioni della Commissione. Però questa questione della deviazione del Tevere ne porta con sè un'altra che non va trascurata; cioè il modo come si vanno costruendo i muri delle arginature nella completa sistemazione del Tevere. Si parlò già altra volta della influenza che i varii sistemi di questa specie di costruzioni hanno sul corso delle acque del sottosuolo, e conseguentemente sulla salubrità del nostro clima, e si fece anche osservare essere erronea la opinione che i collettori fossero un ottimo correttivo al libero corso delle acque, ostacolate dai muraglioni del Lungo-Tevere.

Come ognun vede il problema è molto complesso e, come non potrebb'essere risoluto da' soli igienisti, così non può esserlo da' soli tecnici. È una questione che va studiata ancora; perciò propongo che prima di approvare la Relazione della Commissione, l'Accademia la ponga nell'ordine del giorno di un'altra seduta, per dar tempo ai soci di prendere esatta conoscenza della parte che ha rapporto alla tecnica e che è stata trattata abilmente dall'ing. Vescovali.

Il Socio **TERRIGI**: Sono lieto di ringraziare il socio Bastianelli per la premura da lui presa nella questione in discorso; molto più essendo egli assessore della pubblica igiene. Il problema è complesso e divido con lui l'opinione che la questione non possa essere risolta da pochi, ma bensì dal concorso di tutti coloro che hanno a cuore la salute di Roma.

Il socio **LANZI**: Anch'io insisto perchè l'Accademia torni sulla questione dei collettori, che io credo più d'ogni altra importante. Io dissi già che da noi i

collettori, per la poca pendenza del corso, avrebbero gli stessi inconvenienti che hanno questi canali nelle città marittime, ove le calme prolungate, sogliono impedire il libero sbocco delle acque luride nel mare

Il PRESIDENTE: Prego il socio Lanzi a non entrare in merito della discussione.

Il socio LANZI: Il mio desiderio si è che si torni a discutere sui collettori, perciò mi associo alla proposta del collega Bastianelli.

L'Accademia accetta di rimettere la questione della sistemazione del Tevere, alla prossima seduta ordinaria.

La seduta si scioglie alle 2 1/2.

Il Segretario
Dott. C. BRUNELLI

Il Presidente
PROF. L. GALASSI.

OPERE INVIATE ALL'ACCADEMIA

Cenno storico ed analitico delle varie inoculazioni proposte per preservare il domestico bestiame dagli attacchi dei naturali morbi epizootici e contagiosi; del prof. *D. Vallada*.

Sulla origine della pellagra in Italia e più particolarmente nella Provincia romana: Considerazioni e proposte del Dott. *P. Balestra*.

La Sardegna e le sue febbri telluriche: Riflessioni filosofico-scientifico-critiche del Dott. *Daniele Angius Tendas*.

Una pagina di Storia della fisiologia del sistema nervoso; del Dott. *Eugenio Rey*.

Della farina di grano turco e della pellagra: Nota del Dott. *Pavesi*.

Erreurs courantes sur la Vaccine: Lettre au Doct. Carpenter, par M. Taylor membre du Parlement anglais.

CRONACA DELL' ACCADEMIA

(Seduta straordinaria del 16 aprile 1882).

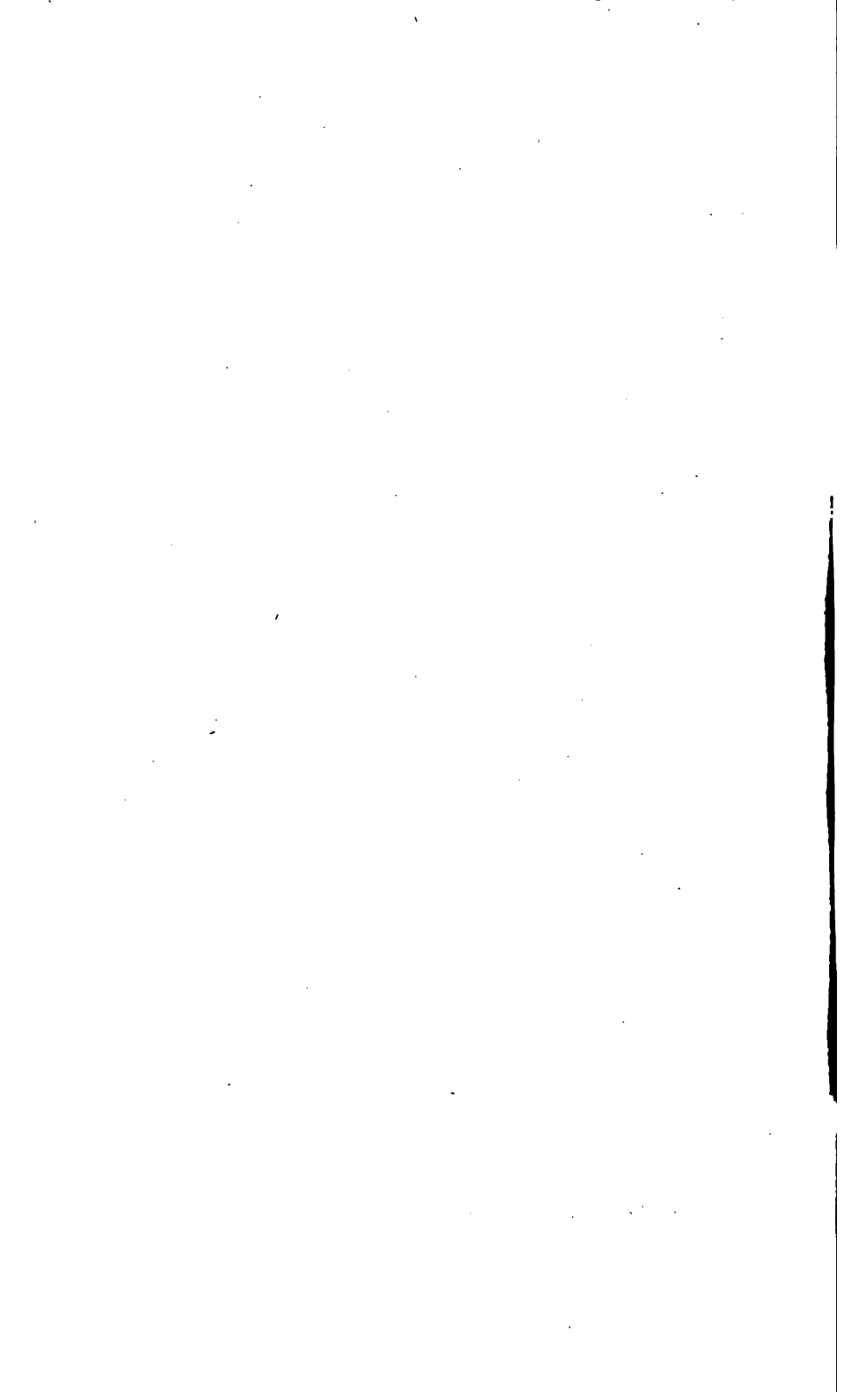
Nomine accademiche. — In seguito al risultato della deliberazione presa nella antecedente seduta privata del 12 marzo, circa i soci ordinari considerati come dimissionari, secondo la sanzione dell'art. 13 dello Statuto, l'Accademia, ad unanimità di suffragi, accetta favorevolmente le giustificazioni presentate da tre soci; aderisce alla domanda di un quarto di passare tra i soci corrispondenti; sospende per ora ogni decisione sopra un socio assente da Roma da qualche mese, e considera come dimissionario un sesto il quale non dette risposta alcuna alla lettera circolare di avvertimento spedita dalla presidenza.

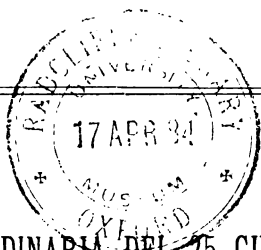
Conseguentemente a ciò il presidente dichiara vacanti tre posti di soci ordinari; quello cioè del defunto prof. Valeri, e i due dei soci dimissionari. Comunicata quindi la nota dei 10 candidati che ottano ai detti tre posti, fa alcune considerazioni sul criterio direttivo della scelta che dev' essere di generale interesse dell'Accademia e perciò da anteporsi agl'interessi personali.

Alla domanda di alcuni soci se l'Accademia intenda dare un valore alla anteriorità della proposta dei candidati, il presidente risponde che a parità di condizione, s'intende che l'Accademia non trascurerà certamente questo criterio.

Commissioni accademiche. — La Commissione incaricata dal presidente di esaminare i titoli dei candidati ai tre posti di socio ordinario è composta come segue: Manayra (presidente), Mazzoni, Marchiafava, Bastianelli, Lanzi, Gualdi e Terrigi.

La morte del prof Valeri ha reso vacante un posto della Commissione incaricata di studiare la questione igienica che si riferisce al progetto del Ministero dei lavori pubblici sulla sistemazione del tratto intraurbano del Tevere. Viene proposto dalla presidenza il socio Fedeli, il quale accetta.





SEDUTA ORDINARIA DEL 25 GIUGNO 1882

PRESIDENZA DEL PROF. LUIGI GALASSI

SOMMARIO. — Comunicazioni della Presidenza. — Presentazione di malati e preparati anatomici (tarsorafia, tumori multipli della faccia, fibromioma uterino): **Businelli, Tassi, Occhini.** — Alcune osservazioni sulla laparotomia del Dott. Maggioli: **Occhini.** — Caso di sarcoma e di cisti sierosa del centro ovale sinistro: **Brunelli.** — Sull'azione fisiologica dell'acqua ossigenata: **Colasanti, Capranica.** — Contribuzione alla chimica del sudore: **Capranica.** — Sugli effetti terapeutici della equitazione nella tisi polmonale del Dottor Cazenave de la Roche: **Bertini.** — Opere inviate all'Accademia. — Cronaca accademica.

Il processo verbale dell'antecedente adunanza ordinaria è letto ed approvato.

Il socio **GUALDI**, ottenuta dal Presidente la parola a proposito del processo verbale, dice avere altre esperienze a comunicare sull'azione antismatica dello jodio.

Il PRESIDENTE fa riflettere al socio Gualdi che negli esperimenti terapeutici non conviene precipitare troppo nel giudizio, tanto più non essendo ancora la stagione delle febbri intermittenti. Lo prega di rimettere ad altra seduta, e dopo più mature prove, la sua comunicazione.

Presentazione di opere e corrispondenze

Il SEGRETARIO presenta le opere inviate in dono all'Accademia (v. in fine della seduta) e comunica la seguente corrispondenza:

1° Il socio ordinario Balestra, di ritorno da un viaggio in Oriente, si giustifica presso l'Accademia di una prolungata assenza dalle sedute, per la quale sarebbe considerato come dimissionario a norma dell'art. 13 dello Statuto.

L'Accademia, trovate plausibili le giustificazioni addotte dal Balestra, giudica non applicabile al medesimo l'art. 13.

2° Il socio corrispondente F. Felix di Bruselles, dice che, in seguito a sue personali osservazioni, trova di dover raccomandare ai pratici le iniezioni di pilocarpina (cloridrato) nelle affezioni sifilitiche secondarie e terziarie, specialmente dopo il lungo uso di mercuriali; e nelle stesse affezioni reumatiche acute e violenti. Per l'azione rapida e meravigliosamente energica che possiede questo medicinale sugli organi eliminatori degli elementi morbosi (pelle, glandole salivali), lo crede raccomandabile anche nella rabbia canina.

L'Accademia rimette la lettera del Felix alla Commissione permanente per lo studio della rabbia.

Presentazione di malati e pezzi anatomici.

Il socio BUSINELLI a proposito di una operata di *tarsorafia preventiva*:

La donna che ho l'onore di presentare oggi ai miei colleghi accademici mi fu inviata dal dottor

Egidi di Porto d'Anzio il 29 maggio ora scorso; cioè 26 giorni or sono. Essa era stata affetta da pustola maligna alla palpebra inferiore dell'occhio destro, curata con causticazioni locali, col ferro incandescente etc.

La perdita di tessuto cutaneo, dopo la caduta delle parti cancrenate e delle escare, si estendeva dalla regione temporale destra fino alla glabella del naso, e dal sopracciglio alla regione infraorbitale, per cui la cute d'ambe le palpebre era *completamente distrutta*, insieme con una parte del muscolo orbicolare, e non rimaneva che una strettissima striscia di pelle in prossimità, o meglio in continuità dell'orlo libero delle palpebre, di cui erano conservate le ciglia.

I bordi periferici di questa vasta superficie suppurante erano tagliati a picco e rigonfi, e presso la tempia v'era pure uno scollamento formatosi per insaccamento del pus fino al ponte zigomatico.

La fotografia che presento, fatta nello stesso giorno, mostra con sufficiente chiarezza quale fosse l'estensione e la forma di questa piaga, il cui fondo era coperto da granulazioni pallide e floscie, in qualche punto fungose.

In tale stato di cose, se il chirurgo si fosse limitato alla medicazione semplice della piaga ulcerosa, nella migliore ipotesi la cicatrizzazione avrebbe potuto bensì effettuarsi in tre o quattro settimane; ma in qual modo, con quale deformità, con quali pericoli voi già lo sapete, perchè io non debba qui ricordarlo.

In casi eccezionali si riesce con una pronta e felice operazione di blefaroplastica ad ovviare l'estremo pericolo, sempre però con una operazione difficile, penosa, cruenta e d'esito incerto, cioè con

pericolo di necrosi dei lembi trapiantati e di nuove deformità cicatriziali prodotte dalla stessa operazione.

Nel caso concreto dunque, vista l'enorme perdita di sostanza e considerato il pericolo a cui era esposto l'occhio destro di questa donna, noi pensammo che sarebbe stato logico e prudente di praticare *in anticipazione* quella tarsorafia che da altri e da noi stessi fu fatta in molti altri casi, per correggere la già avvenuta deformità palpebrale.

L'operazione fu eseguita il 30 maggio con alcune modificazioni, sia nella cruentazione dei bordi, sia nell'applicazione della sutura (caviglie fatte con cilindretti di piombo curvati ad arco), lasciando liberi i due angoli della rima palpebrale. Non descrivo il processo perchè in parte è noto per una pubblicazione già fatta dal mio aiuto clinico, dott. Bonagente, e perchè sarà soggetto d'una mia prossima comunicazione. Oggi ci preme soltanto di farvi vedere come lo scopo dell'operazione si è ottenuto. I margini palpebrali aderirono fra loro per prima intenzione, i punti di sutura vennero recisi e tolti al 3° giorno, la piaga si andò colmando, ed una nuova epidermide coprì ormai le palpebre insieme riunite. Soltanto alla regione temporale, ove maggiore era lo scollamento dei bordi cutanei, resta una regione scoperta che va rapidamente cicatrizzando. La donna non ha alcuna sofferenza nell'occhio. Fra pochi giorni potrò rimandarla al suo paese nativo (Anticoli), ed alla riapertura della clinica, in novembre, mi propongo di farla ritornare a Roma, anche per ripresentarla a voi. A suo tempo procederò poi alla riapertura della rima palpebrale e la farò colle dovute precauzioni e dopo essermi assicurato che non vi sia pericolo di ulteriore retrazione dei nuovi tessuti.

Se altri abbia avuto prima di me la idea semplicissima di eseguire la *tarsorafia preventiva* per risparmiare la blefaroplastica, non so. Per mia parte confesso di non averla mai veduta praticare nelle cliniche da me visitate, nè l'ho intesa accennare nei trattati di oculistica. ¹

Il socio TASSI. Presento un giovane diciassettenne che fu malato di *tumori multipli nella faccia*. Questo giovane proviene da genitori sani e robusti, non ebbe mai malattie gravi nè infettive; quantunque di buona costituzione pure è un poco linfatico. Fin dall'età di 14 anni dal canto esterno del globo dell'occhio destro incominciò a pullulare un tumore di aspetto fungoso, il quale diffondendosi a tutta la mucosa oculare, crebbe in 4 anni così enormemente da distruggere la cornea ed abolire la visione.

Contemporaneamente a questa neoplasia se ne sviluppò altra simile nel labbro superiore verso l'angolo sinistro. Solo dopo la esulcerazione d'un tumoretto duro, addivenne grande, fungosa e sanguinante. Questo soltanto fu legato da un chirurgo

¹ Era già in corso di stampa questa comunicazione allorché il socio prof. Businelli mandò alla Redazione la presente rettificazione che inseriamo testualmente. « Sono venuto in cognizione che la *tarsorafia preventiva* era già stata praticata in Francia, fino dal 1860, da Debrou (Gazette des Hôpitaux N. 133). Confesso lealmente che non conosceva la pubblicazione del Debrou, e che mi era sfuggita la breve citazione fattane dal Del Monte nel suo trattato. In ogni modo chiunque sia stato il primo chirurgo che praticò la *tarsorafia preventiva*, io sono lieto di aver richiamata l'attenzione dei miei colleghi sopra questo metodo che non sembra sia stato adottato ancora nelle molte cliniche ch'io ebbi occasione di visitare in Italia e fuori.

militare; però ben presto riapparve; ma dietro l'applicazione empirica d'una polvere caustica, s'ebbe la guarigione. Osservate la sua cicatrice retratta, che ha deformato l'angolo labbiale, e giudicate della sua profondità.

Più tardi, e precisamente quattro anni or sono, la pelle della faccia di questo giovanetto si riempì di piccoli tumori duri, taluni superficiali, altri del derma. Pigmentazioni e follicoliti confluenti concomitavano siffatte nodosità; e molte *croste* ed esulcerazioni rendevano deforme la sua faccia. Aggiungasi, che i noduli si esulcerarono, e cinque di questi diedero luogo ad una vegetazione granulare fungosa, al pari di quella che aveva riempita enormemente la cavità orbitale. Questi cinque tumori avevano l'aspetto, il colorito e la forma d'un grosso lampone, essi pure davano emorragia appena toccati. Nella regione cervicale e submascellare esistono gangli ingorgati, ma in via di risoluzione.

È cosa notevole, o Signori, che un fratello minore di questo giovane soffre della istessa malattia ma in grado assai minore. A me parve poter riportare questo caso alle affezioni lupose; tuttavia volli confortarmi con altri criteri diagnostici. Staccai da quasi tutti i tumori fungosi dei piccoli brani, che, esaminati da persone competenti, diedero cellule fusiformi. Più tardi, dopo 15 giorni, non essendovi alcun dato clinico per ammetterli fra i tumori maligni, staccai con lancetta altri piccoli brani più profondi, ed allora il microscopio rivelò cellule epiteliali. Per tal fatto io non poteva in maniera incondizionata accettare la diagnosi microscopica; tanto più che avendo sottoposto que' tumori, e tutte le parti ulcerate all'azione dello jodoformio ed ai ricostituenti internamente,

si vedevano sì gli uni che le altre, di giorno in giorno diminuire e cicatrizzare.

Ma volendo anche una volta combinare il dato clinico con quello microscopico, tolsi altri piccoli pezzi, che passai al socio Marchiafava, il cui reperto microscopico è il seguente :

« L'esame microscopico dei medesimi dimostrò la struttura seguente : Essi risultano del derma infiltrato, e di una rete a larghe maglie di zaffi epiteliali procedenti dall'epitelio di superficie. L'infiltramento è costituito da elementi cellulari identici ai globuli bianchi del sangue, i quali sono più numerosi in vicinanza dei vasi sanguigni del derma, e dei suoi prolungamenti papillari. In taluni preparati, sull'infiltramento diffuso del derma, risaltano noduli costituiti ugualmente dall'accumulo di cellule bianche. Le cellule epiteliali presentano i caratteri comuni, e nel centro di qualche zaffo s'inizia la formazione delle perle epidermiche. »

« La diagnosi istologica del tumore è difficile a pronunziarsi senza l'aiuto della storia clinica del caso. Se la presenza della rete di zaffi epiteliali impone a prima giunta per un tumore epiteliale maligno, la forma clinica e soprattutto la imminente guarigione coll'uso dello jodoformio, lo escludono. È dunque a ritenersi che trattisi di un *lupus nodulare*: in favore della quale diagnosi sta la storia clinica e l'infiltramento parvi-cellulare diffuso e nodulare di tutto il derma, che è il fatto anatomico più comune del lupus. Quanto alla rete epiteliale io credo si possa considerare come una proliferazione *atipica* di epitelio che si riscontra in tanti processi morbosi, e che fu riscontrata più volte da molti patologi e da me nel vero *Lupus*. »

« Si è parlato da alcuni (*Waldeyer* ecc.) di complicazione di cancro al lupus; ma un tal fatto può essere per le ragioni anzidette escluse nel caso attuale. »

Dopo la relazione del socio Marchiafava, permettetemi, o Signori, che io vi ripeta, che nel nostro caso il criterio clinico fu largamente confermato da quello terapeutico, anche senza il microscopio. Imperocchè, senza alcun intervento di chirurgia attiva, e malgrado la irritazione cagionata dalle reiterate osservazioni e dai tagli sperimentali, si ebbe la completa guarigione, mercè la quotidiana applicazione dello jodioformio in polvere. E notate, che le cicatrici non sono neppure callose. E quelle adenopatie, le quali sulle prime erano sensibili, ora sono in via di risoluzione, il che mi sembra assai importante.

Ma se la guarigione di tutti i tumori si operò nel periodo di due mesi; in quello dell'occhio, per essere grandissimo, si ebbe una vera atrofia, rimanendo nella congiuntiva oculare una durezza ed una vasta distruzione della cornea con pressione sul bulbo e dolore endoculare e frontale.

A rimuovere questo grave inconveniente e per evitare una probabile panoftalmite, od una oftalmite simpatica, io volli escidere il quadrante anteriore del globo, di cui oggi vedete la compiuta guarigione, conservando il bulbo una forma opportunissima per l'applicazione d'un occhio artificiale.

Signori, ho voluto presentarvi questo rarissimo caso di tumori della faccia da molti veduto e variamente giudicato, onde confortarmi del vostro parere e per sottoporvi le seguenti due considerazioni:

1° Che non è possibile, fino a nuovi trovati, di separare la clinica dall'osservazione microscopica.

2° Che rispetto alla terapeutica del lupus, sarebbe un vero acquisto, se lo jodoformio fosse un

mezzo di cura efficace, come si potrebbe sperare dal caso presentato, e da qualche altro avuto in cura nelle mie sale, e che fu ribelle ad altri mezzi di cura.

Il socio OCCHINI: a nome e per incarico del collega dott. Vincenzo Maggioli presento, come corollario dichiarativo dei preparati anatomo-patologici esposti, una breve relazione e considerazioni dell'autore sopra un caso di *laparotomia per fibro-mioma sotto-peritoneale voluminoso, provvisto di largo peduncolo o base, che impiantavasi sul margine posteriore del fondo uterino.*

L'operazione fu decisa per necessità essendo che le frequenti ed abbondanti metrorragie aveano ridotto la paziente in grado estremo di anemia. Questa fu tenuta in letto per un mese e più in posizione orizzontale, nutrita sostanziosamente e preparata meglio che si potè alla grave operazione che dovea sostenere: avea 49 anni; lo stato generale era piuttosto lodevole, se toglia i segni dell'anemia precessa; nessuna disposizione di malattie ereditarie; non affezioni a carattere discrasico o dissolutivo. Il tumore e conseguenti sofferenze, parve che avessero origine da una *caduta sulla schiena* mentre portava un bottiglione d'olio che, non avendo essa voluto abbandonare, venne a batterle violentemente col fondo sull'addome e più particolarmente sull'ipogastrio.

L'atto operativo fu eseguito il giorno 23 maggio coll'assistenza degli egregi dottori Barzillai, Quirico, Rainaldi e presenza di un illustre personaggio, nostro accademico, il prof. Moleschott. Il trovato dentro la cavità addominale corrispose in tutto alla diagnosi fatta. Il tumore aderiva, come può vedersi ancora nel preparato, in corrispondenza della regione om-

bellicale sinistra al margine meseraico di porzione dell'intestino tenue (digiuno) per una linea curva ed estesa 8 centimetri e più. Questi attacchi furono stretti prima con un *clamp* a branche sottili, rettilinee e lunghe, tagliati poi e legati con fil di seta là dove davan sangue. Il fibro-mioma allora libero venne portato, rotando, fuori dell'apertura addominale da cui passò giusto, scivolando. La ferita delle pareti addominali, partendo dal margine superiore pubico, era stata fin da principio estesa a circa 3 dita trasverse a sinistra ed al disopra della cicatrice ombellicale. Nel tempo che bisognò per la legatura delle aderenze, lavande e piccola toletta del tratto intestinale e peritoneo lesi, il tumore fu tenuto a proposito sollevato, in direzione verticale alla base d'impianto, perchè la sua grande provvisione di sangue rientrasse in gran parte per il peso di gravità nel circolo, a vantaggio del corpo. Fratanto l'operatore non mancò di esaminare colla mano e colla vista lo stato e rapporti dell'utero, sue pareti ed organi annessi e vicini. La vescica era deviata a destra e vuota, l'utero ipertrofico nella sua parete posteriore. Sul tronco del peduncolo nella superficie anteriore, poco sopra al punto d'impianto di questo coll'utero, sporgeva, come gemma, un polipo del volume di una piccola ghianda. Da questo tempo in poi fino al termine dell'operazione la paziente risvegliatasi dal sonno anestesico manifestò con grida e lamenti il dolore che sentiva dagli atti operatori, e l'abile dott. Dantone che presiedeva alla cloriformizzazione, benchè facesse di tutto per ridarle la perduta anestesia ne fu impedito dal timore di sincope. Quando si risvegliò era passata un'ora e tre quarti circa dal cominciamento dell'operazione

grande, ed ore 2 ed 1¼ dalle prime manualità operatorie. Perciocchè è bene quì sappiasi che un piccolo *mixoma*, propriamente *ipertrofia* ed *allungamento semplice e parziale della mucosa nell'orifizio esterno del collo uterino* fu antecedentemente preso, torto e strappato per mezzo di una pinza retta, comune da medicazione uterina; una moderata irrigazione del canal vaginale con soluzione fenicata $\frac{2}{100}$ e l'immissione di un tampone cervico-vaginale, bagnato appena nel liquido di percloruro ferrico, completarono in breve questo primo atto. L'operatore avea vagheggiato in sua mente un *trattamento intra-peritoneale* del moncone; ma, considerato per una parte la larghezza e vascolarità eccessiva del peduncolo, come pure il tempo assai più lungo che richiedevasi a far questo, e d'altra parte tenendo in gran conto l'intollerabilità ulteriore della paziente al cloroformio, si decise risolutamente per il metodo estra-peritoneale (processo Hegar).

È inutile una descrizione, sia pure a grandi tratti, del processo adoperato in tal circostanza, perchè già noto per ciò che ne scrissero l'Hegar e il Kalthenbach.

Fu prescelto questo agli altri perchè il più razionale e quello che ha fin d'ora dato i migliori risultati pratici; quanto all'esecuzione l'operatore attenessi precisamente alle regole dettate dagli illustri autori. Infatti i risultati immediati corrisposero splendidamente all'aspettazione: pochissima fu la perdita di sangue dall'asportazione del tumore e non se ne versò affatto in cavità tanto che la toletta peritoneale definitiva occupò brevissimo tempo. La *legatura elastica e fissazione del moncone all'esterno, l'orlatura e formazione del colletto peritoneale intorno al medesimo, la chiusura della ferita dello*

addome in alto, le pennellazioni caustiche alle soluzioni titolate del cloruro di zinco sulla superficie del moncone e nel colletto peritoneale, infine il bendaggio addominale riuscirono perfettamente ed affatto asettiche. Malgrado tutto questo, la donna è morta al 13° giorno dall'operazione. Udite in cenni i più brevi ed importanti il reperto della necropsopia fatta 39 ore dopo la morte alla presenza del prof. Marchiafava.

Rapporto all'utero: cavità del viscere ingrandita di non poco ed iperemica, parete posteriore ipertrofica con nucleo di mioma interstiziale rammollito; nelle vene, subito al di sotto della legatura elastica e nei seni venosi più prossimi, esistono resti di grumi rammolliti e disfatti.

Rapporto al cervello: massa cerebrale di color verdastro ed in preda ad avanzata putrefazione massime alla base, abbondante quantità di liquido sieroso-sanguinolento nei ventricoli, cervelletto e parte inferiore dei lobi frontale e temporale molli e spappolabili. All'esame microscopico il prof. Marchiafava ha trovato: flogosi suppurativa della pia meninge ed aracnoide.

Rapporto al peritoneo e cavità addominale nulla di anormale, solo nella milza la polpa è più fluida e scura che d'ordinario.

È da credersi, dunque, che un'infezione settica posteriore all'operazione sia avvenuta nei trombi salutarì del moncone e ne abbia prodotto un parziale disfaccimento ed icorizzazione.¹

Nei primi giorni dell'operazione fatta secondo il

¹ L'autore ha creduto a maggiore schiarimento del processo patologico aggiungere in fine la tavola termometrica quale fu notata giorno per giorno nella paziente.

processo di Hegar avviene sempre che una quantità discreta di liquido siero-sanguigno venga a bagnare e raccogliersi nella ferita imbutiforme intorno al moncone. Ora fra il 4° e 5° giorno questo liquido dette cattivo odore, contemporaneamente si verificarono un rammollimento nell'escara superficiale del colletto peritoneale ed un'elevazione insolita di temperatura a 40° e più del centigrado. Fra il 7° ed 8° giorno la ferita addominale superiore era già chiusa per prima intenzioné, invece quella inferiore del colletto, che presentava già buone e singole granulazioni, divenne asciutta e si ricuoprì di un rivestimento superficiale biancastro: al tempo istesso la temperatura si elevò nuovamente a 40°,5. In seguito all'applicazione topica dello jodoformio finamente polverizzato tenne dietro un miglioramento istantaneo e notevole del processo granulativo, riparatore. Però la febbre in avvenire si mantenne più o meno elevata 39°,3-40° fino a che sopraggiunsero diarrea infrenabile ed altri fenomeni di paralisi cerebrale.

In una casa privata con tutte le precauzioni e cure antisettiche rigorosamente attuate, riesce non facile spiegare questa setticoemia; ma purtroppo nel caso presente devesi considerare che l'organismo della donna, dopo le metrorragie precesse e dopo un'operazione con grave scossa nervosa, dovette presentare un'assai leggera resistenza e reazione ai germi eccitatori della sepsi!

Da questo caso l'autore ha cercato trarre e presentare qualche utile considerazione e proposta che vi enumera ed espone così:

1° Il processo Hegar, per ciò che riguarda proprietà e consistenza della legatura elastica ed efficacia della cucitura peritoneale ad orlo intorno al

moncone, allo scopo di separare perfettamente la ferita esterna da ogni comunicazione colla cavità interna, fece vedere anche in questo caso il suo valore indiscutibile e superiorità sugli altri processi di trattamento *estra-peritoneale*. Ma non così valevole a preservare il moncone e suoi vasi dall'infezione settica si dimostrò l'escara dura e superficiale del *colletto peritoneale*. In questo l'evenienza di una escara e piaga piuttosto estesa, quale vien prodotta dall'impiego di pennellazioni alla soluzione carica di cloruro di zinco, 5-10 %, ripetute più volte durante i primi 2 e 3 giorni dall'operazione, non che il contatto della piaga con il fluido sierico-sanguigno già menzionato, possono facilmente cagionare e portare l'infezione temuta, siccome avvenne nel caso attuale. Perciò l'autore propone una lieve modifica al processo su questa parte: cioè causticare il *colletto peritoneale* colla soluzione di cloruro di zinco per una od anche più volte dopo l'operazione fino ad ottenere l'escara necessaria; in seguito onde evitare il dissolvimento ed infezione della medesima per liquido che raccoglavasi, sostituire nelle medicazioni alle pennellazioni caustiche la cospersione di polvere sottile di jodoformio nel contorno e fondo della ferita circolare ricuoprendo il tutto sempre con ovatta allo jodoformio.

2 È omai generalmente desiderato e riconosciuto ottimo, come nelle *ovariotomie* così nelle *miotomie* con *laparotomia*, che debbasi, quando si può, fare il trattamento *intra-peritoneale* del moncone: Si evitano in tal modo l'ernie necessarie, consecutive al trattamento *estra-peritoneale*; inoltre nel primo metodo, passati che siano 7-8 giorni dall'operazione, si può essere quasi sicuri dell'esito. Però

l'emorragie subitanee o posteriori nel cavo peritoneale o gli ematomi ed ascessi sotto-peritoneali che hanno luogo non difficilmente nel moncone abbandonato in cavità, sono accidenti e pericoli che indussero fino ad ora i più abili e dotti ginecologi a non accettare totalmente il metodo intra-peritoneale. Nell'ultimo Congresso dei medici e naturalisti tedeschi in Salisburgo, il Kaltenbach, con ragioni le più fondate e persuasive, asseriva che in un grande numero di *miomi interstiziali* ed in quelli *sotto-peritoneali con peduncolo largo e fornito di grossi vasi* non sarebbesi potuto mettere da parte il trattamento esterno, come più sicuro e provato, senza grave colpa dell'operatore; almeno fino a tanto che una sutura e copertura della superficie cruenta del moncone non fosse trovata, e valesse con sufficiente sicurezza a preservare dall'emorragie pericolose. Il desiderio di brevità obbliga di passar sopra alla descrizione delle varie suture e mezzi proposti ed usati a questo scopo. I migliori chirurghi dell'epoca si dettero con cura a tale ricerca. È assai lunga la serie sul materiale di fili adoperati: seta, catgut, metallo elastico, quest'ultimo usato già e caldamente raccomandato nelle operazioni addominali dal Grandesso Silvestri; più lunga ancora è l'altra serie di proposte e variazioni sulla maniera di cucire. Una sutura molto ingegnosa e messa in pratica diverse volte dallo Schröder è quella così detta a piani (*etage nath*) che porta il nome dell'inventore. Il dott. Vincenzo Maggioli, pur esso, volle fare ricerche e studi sul riguardo e presenta a voi, illustri Accademici, qualche sua modifica e conclusione, lieto potere assoggettarle alla vostra savia critica e giudizio. Alcune figure, qualche modello e dimostrazione dell'autore stesso, i cui disegni pon-

gonsi perciò a vostra disposizione, meglio di qualsiasi parola o descrizione potranno rendervi una idea esatta delle suddette modifiche. ¹ La principale che vi propone è una variante di sutura a quella a *piani sovrapposti* dello Schröder la quale invece prenderebbe il nome di sutura a *piani incrociati*, essendo che la disposizione di questi n'è notevolmente mutata. Il dott. Maggioli dolente di non aver potuto usare nella sua operata il metodo intra-peritoneale e mettere in atto la sutura dello Schröder, da lui modificata, previene i signori Accademici che ha fatto già esperimenti e riprove sopra un numero sufficiente di fibromi peduncolati che tiene conservati nell'alcool a scopo d'istruzione.

Segue la tavola termometrica.

¹ La riproduzione in litografia di questi disegni farà parte di una più estesa pubblicazione che l'A. ha in mente di fare, e che verrà inserita nel venturo Volume delle *Memorie*.

GIORNI ED ORE		Tempera- tura centigrado	Pulsazioni	Respirazioni	OSSERVAZIONI
1° giorno dell' operazione					
24	maggio	7 1/2 ant.	88, 7	—	Senso di ambascia ed oppressione al petto.
»	»	8 pom.	88, 3	—	
»	»	8 1/2 »	88, 2	—	
25	»	12 1/2 ant.	88, 5	—	
»	»	5 »	89	—	
»	»	9 »	40	10	
»	»	1 1/2 pom.	89, 5	10	
»	»	7 »	88, 9	—	
26	»	12 1/2 ant.	88, 8	—	
»	»	6 1/2 »	89, 4	—	
»	»	11 1/2 »	89, 8	12	Alquanto sopore.
»	»	3 1/2 pom.	40	—	
»	»	9 »	40	—	
27	»	1 ant.	89, 5	—	
»	»	6-7 »	89, 7	12	
»	»	2 1/2 pom.	89, 6	14	
»	»	9 1/2 »	89	14	
28	»	1 ant.	88, 8	—	
»	»	7 1/2 »	89, 5	—	
»	»	3 pom.	89	—	
»	»	10 1/2 »	89	—	Allucinazione e sogni strani.
29	»	6 1/2 ant.	88, 8	14	
»	»	2 1/2 pom.	89, 3	14	
»	»	6 »	89, 2	—	
»	»	11 »	89, 2	—	
»	»	»	»	—	
»	»	»	»	—	
»	»	»	»	—	
»	»	»	»	—	
»	»	»	»	—	
»	»	»	»	—	

(Segue)

Giorni ed Ore		Temperatura Pulsazioni Respirazioni		Osservazioni
7° giorno dell'operazione				
30 maggio	6 ant.	39, 4	105	La superficie della piaga del colletto peritoneale diventa asciutta e ricuopresi di un intonaco biancastro nelle parti che granulavano — impiego della polvere di jodoformio nel giorno subito appresso.
»	» 2 pom.	39, 6	120	
»	» 9 1/2 »	39, 5	112	
31 »	» 12 1/2 ant.	39, 6	112	
»	» 8 1/2 »	40	118	Vi è impedimento nella lingua ad articolare parole — così detta lingua ingrossata.
»	» 8 pom.	39, 5	115	
»	» 10 1/2 »	39, 7	122	
1 giugno	2 ant.	40, 2	124	
»	» 8 »	40, 8	115	Piaga di decubito al sacro.
»	» 12 1/2 pom.	40, 4	125	
»	» 2 »	39, 7	120	
»	» 8 1/2 »	39, 8	—	
»	» 11 »	39, 8	105	Scariche ripetute ed involontarie di materie scure ed assai fetide — lingua asciutta e ricuoperta d'intonaco duro e nerastro.
2 »	» ant.	39, 2	120	
»	» 8 »	39	112	
»	» 10 1/2 »	39, 5	120	
»	» 12 »	39, 5	—	Sopore e prostrazione.
»	» 3 1/2 pom.	39, 3	114	
»	» 3 1/2 »	39, 3	115	
3 »	» 7 1/2 ant.	39, 7	116	
»	» 10 1/2 »	39, 5	118	Sopore e prostrazione.
»	» 3 1/2 pom.	39, 5	115	
»	» 9 1/2 »	40, 2	120	
4 »	» 1 1/2 ant.	39, 8	122	
»	» 6 1/2 »	40, 2	124	Sopore e prostrazione.
»	» 10 1/2 »	40, 2	127	
»	» 8 1/2 pom.	40	128	
»	» 10 »	40, 5	—	
13° giorno dell'operazione				
5 giugno	1 ant.	40, 6	128	35

Il socio TASSI: Mi congratulo col prof. Maggioli della sua bella operazione di laparotomia. Mi permetta però di osservare, che la legatura d' un peduncolo, anche mediocre in larghezza, non può lasciarsi dentro il peritoneo con una sola legatura, e specialmente quando nella sua estremità si praticano delle cauterizzazioni. Imperocchè avvengono d'ordinario fenomeni settici come ebbe a verificarsi nella operata del Maggioli, e spesso anche la emorragia.

Ricorderanno alcuni Accademici, che nel Congresso di Londra, specialmente dal prof. Spencer Wells, si è molto raccomandato di non abbandonare così facilmente il peduncolo nella cavità allorquando esso è grande, od anche mediocre, chè probabilmente si ha o la emorragia consecutiva o la sepsi. Anzi lo Spencer vi pratica una speciale legatura a punti interrotti, che stringe ogni due o tre ore dopo avere fissato allo esterno esso peduncolo.

Insiste il Wells di usare siffatta precauzione, quando specialmente si vogliono estirpare neoplasmi che sono nutriti da grossi vasi. e ricorda a tale proposito un caso recente, nel quale non, ostante che si trattasse di piccolo mioma, pure avendo egli trascurato siffatto precetto, ebbe a perdere la sua malata per emorragia consecutiva intracavitaria fulminante.

Anche a me avvenne altrettanto in un caso di enorme mixomioma, in cui sarebbesi forse evitata la morte se di tempo in tempo si fosse avuta la precauzione di stringere il laccio della legatura, a mano a mano che il peduncolo vaginale andava ad avvizzirsi. Imperocchè quivi esistevano le due arterie nutritizie molto ingrandite, e precisamente le due vagino-uterine. Ho voluto fare questa osservazione, la quale può esser utile per la pratica della laparotomia nei tumori addominali.

Lecture, relazioni e comunicazioni

Il socio BRUNELLI dà lettura delle seguenti osservazioni sopra un : *Caso di tumore del centro ovale sinistro.*

Le odierne controversie sulla dottrina delle localizzazioni cerebrali, divenute più che mai ardenti dopo i risultati non sempre concordi della fisiopatologia sperimentale, e soprattutto dacchè contro i fatti più comunemente accettati in essa dottrina sorse un avversario autorevole, il Brown-Sequard; quelle controversie, io diceva, hanno provocato, da parte dei medici, una gara indefessa di minute ricerche clinico-anatomiche sulle malattie del sistema nervoso centrale e specialmente su quelle del cervello.

Da parecchi anni a questa parte, non v'ha caso di malattia cerebrale, seguito dal reperto anatomico, che non sia reso di pubblica ragione e minutamente analizzato nei periodici medici, cotalchè possa dirsi che la clinica intenda richiamare a sè quasi esclusivamente il compito di chiarire i punti neri della nevropatologia localizzatrice.

Quantunque i tumori cerebrali si prestino assai meno delle lesioni a focolajo alla interpretazione netta dei fenomeni di sede, pei disturbi più generali che la loro natura invadente suole produrre, nonostante il caso da me osservato non credo sia del tutto muto dinanzi alle questioni di localizzazione, e per questo mi permetto di comunicarlo all'Accademia. Ecco il caso.

A. G. di anni 18, di costituzione buona, proveniente da genitori sanissimi, ben formata della persona, normalmente mestrata, non soggetta per l'innanzi a malattie gravi; ma soltanto a quelle ordinarie della infanzia e fanciullezza, verso la fine del 1881, contrariamente all'indole tranquilla sino allora conservata, divenne alquanto irritabile di carattere, e d'improvviso fu presa, senza causa manifesta, da convulsioni generali epilettiformi. In seguito ad uno di questi accessi convulsivi rimase emiparetica a destra e, a quanto mi dissero, un po' imbarazzata nella loquela; ma transitoriamente.

Quando io la vidi la prima volta fu in questo periodo paralitico della malattia (6 febbraio 82). La gamba era leggermente strisciante al suolo, la mano difficilmente giungeva all'altezza della testa, niun segno di contrattura, il dinamometro Mathieu segnava a destra 16 gradi; una leggera disartria si faceva manifesta, prestandovi attenzione; la lingua si moveva in tutti i sensi e, portata in avanti, non deviava da nessun lato; nulla di notevole riguardo alla sensibilità generale, contrattilità elettro-faradica un po' diminuita e il riflesso tendineo aumentato nella gamba paretica; niuna anormalità a carico dei sensi specifici e dei nervi faciale, oculo-motore e vago; integre le facoltà mentali. Di tanto in tanto dolore frontale; le pupille erano normali.

Un fenomeno che, sin dal primo giorno della mia visita, fissò la mia attenzione, fu un tremore convulsivo che si manifestava ad accessi più volte nella giornata ed occupava le sole estremità paretiche. Il più delle volte cominciava dalla gamba e si diffondeva al braccio, taluna volta avveniva l'inverso; mai vi fu partecipazione della faccia. Si destava per

lo più nello stato di riposo e senza movimenti intenzionali, al contrario dell'*emicorea* ed *emiatetosi*; non era infrequente il caso che venisse cagionato da una leggera emozione dell'animo; durava da 1 a 5 minuti. Durante questo tremore la testa rimaneva immobile e un po' inclinata in avanti, l'ammalata acquistava un aspetto leggermente sofferente e attonito; ma era nel pieno possesso delle sue facoltà, e se la s'interrogava durante l'accesso, rispondeva bene, quantunque un po' esitante.

Dopo circa 30 giorni dalla mia prima visita, la malata cominciò a lamentarsi di un dolore alla regione posteriore del collo e sembrava come se fosse presa da torcicollo. Consigliai qualche topico sedativo; ma indarno, chè il dolore dopo quattro o cinque giorni era così tormentoso, specialmente durante la notte, da indurre malessere e tristezza estrema. Da questo momento lo stato paralitico si accrebbe e la malata, non potendo più reggersi in piedi, terminò coll'allettarsi; il polso e la termogenesi si mantennero sempre normali; le funzioni digestive discretamente ordinate.

Per vari giorni il dolore era limitato alla regione posteriore del collo e superiore del dorso e si esacerbava alla pressione fatta sulle apofisi spinose; non tardò guari a sopraggiungere dolore al braccio destro e un poco anche al sinistro (pseudo-nevralgie di Charcot, accessi nevralgiformi di Nothnagel). Vi era qualche segno di contrattura muscolare, ma non di amiotrofia; l'acinesia brachiale destra aumentò sensibilmente e lo stesso braccio sinistro cominciò a indebolirsi. Questi dolori costituirono per più di un mese tutta la forma morbosa subbiettiva, ed erano talora così intensi da strappare alla inferma delle grida strazianti.

Di tempo in tempo, in questo periodo dolorifico della malattia, si ripeteva il tremore convulsivo unilaterale e quando era più lungo ed intenso giungeva a scuotere per controcampo tutta la persona, esacerbando il dolore cervicale; ciò che inquietava grandemente la inferma. Altro fenomeno accessoriale fu un disturbo vasomotorio, caratterizzato da un arrossamento intenso della parte superiore-anteriore del torace e del collo con senso di molesto calore. Questo fenomeno si verificava quasi sempre dopo il pasto; ma non fu molto duraturo. Un disturbo ottico venne pure ad aggiungersi in questo periodo e fu la percezione a sinistra di un corpicciuolo nero volante. Il polso rimase sempre normale, la intelligenza abbastanza chiara, un po' depresse le forze digestive.

La fase ultima del morbo, che fu rapidissima, era caratterizzata da un aumento sensibile dei sintomi di compressione generale diffusa. I tremori unilaterali furono sostituiti da accessi di convulsioni generali che si ripetevano spesso nelle 24 ore, la vista andava man mano diminuendo, la intelligenza cominciò a farsi torpida, il morale della inferma, per l'innanzi abbastanza sereno, divenne oltremodo triste e pieno di sconforto, la malata accennava d'essere sofferente alla testa, tendenza al sopore, scomparsa dei dolori alle braccia.

Un ultimo esame obbiettivo dette il seguente risultato: Paralisi completa di moto con leggera ipoestesia degli arti destri, ambliopia bilaterale, cascaggine della fisionomia per paralisi del faciale inferiore, diminuzione dell'udito a sinistra, pupilla dilatata (non fu fatta la esplorazione oftalmoscopica), respiro e circolazione normali, niun disturbo dalla

parte dello stomaco, integrità degli sfinteri. L'esame dell'urina dette leggera reazione acida, peso specifico 1,15 a 15°; niuna traccia di albumina e di zucchero, l'esame microscopico della medesima fu negativo.

La morte avvenne in compendio con forma apoplettica il 25 aprile, cioè quattro mesi circa dopo le prime manifestazioni morbose.

Dinnanzi allo svolgersi di questo quadro clinico, sembrò non infondato sin dal principio il sospetto della esistenza di un tumore nell'emisfero sinistro del cervello. Peraltro conviene dire che una tale diagnosi presentava nel primo periodo della malattia molta incertezza, imperocchè la emiparesi destra, la disartria, il tremore convulsivo unilaterale, e la nevralgia frontale, che furono i sintomi esclusivi di questo periodo, potevano anche deporre per una lesione da focolajo di rammollimento; come pure le convulsioni generali pregresse potevano ingenerare il dubbio di una forma isterica; la quale però fu esclusa agevolmente dalla mancanza di sintomi più caratteristici della isteria, ciò che contribuì a sua volta ad assodare vieppiù il primo sospetto.

Dato dunque il giusto valore diagnostico ai sintomi suddetti, e bene considerate le nozioni di fatto che riferivansi agli antecedenti della malata e della famiglia, e che ho accennate di sopra, si ritenne come molto probabile la diagnosi di tumore cerebrale.

La insorgenza pertanto del dolore cervicale e della successiva pseudonevralgia brachiale venne in conferma della nostra opinione, per una doppia interpretazione del fatto. Questa forma dolorifica aveva tali e tanti punti di somiglianza con quella da com-

pressione lenta del midollo cervicale, e che lo Charcot ha così bene descritta a proposito della pachimeningite cervicale ipertrofica, che si pensò ad una probabile riproduzione intrarachidea della neoplasia cerebrale. E questa fu una prima interpretazione, e secondo me assai ragionevole, se si pensi che un periodo relativamente lungo del morbo fu per intero devoluto a questa forma.

Una seconda interpretazione fu che potesse trattarsi di fenomeni irritativi a distanza, prodotti dalla neoplasia dell'encefalo, od anche da neurite periferica.

Comunque si volesse adunque interpretare questa forma dolorifica, è chiaro che da essa ne veniva un maggior conforto alla diagnosi suddetta che pel decorso successivo del morbo doveva poi riuscire di tanta evidenza.

Infatti nel principio del secondo periodo della malattia fu basato il seguente diagnostico: *Sarcoma del centro ovale sinistro; probabile riproduzione della neoplasia nella regione cervicale del midollo.*

Tralascio l'analisi semiologica fatta *pre reperto* tanto da me quanto dagli esimii colleghi Moleschott, Sciamanna e Fiordispini allo scopo di stabilire la sede suddetta. Ciò non avrebbe che un valore di disquisizione scientifica del tutto secondario, dinanzi a quello principalissimo e per dir così apodittico che risulterà dell'esame anatomico messo a raffronto col quadro clinico.

Autopsia eseguita, 48 ore dopo la morte, dal prof. Marchiafava:

Cadavere in buono stato di nutrizione.

Cranio di forma regolare; nessuna traccia di lesione pregressa.

Dura madre tesa a sinistra e fluttuante nella parte mediana.

Emisfero sinistro più voluminoso del destro, pallidissimo, e pur esso fluttuante. La fluttuazione si nota più marcata in corrispondenza della parte mediana delle due circonvoluzioni prerolandiche, (c. centrali) delle quali l'anteriore nella stessa parte mediana è larga 35 mm. la posteriore 33.

Le circonvoluzioni frontali nel loro terzo posteriore, quelle dei lobuli parietali si presentano ugualmente ampliate e appianate. I solchi sono scomparsi, la pia madre sottilissima, i vasi sanguigni vuoti.

Nell'asportare il cervello si apre il tumore fluttuante nel suo punto culminante (parte mediana delle circonvoluzioni prerolandiche) e ne escono circa 100 grammi di liquido limpido di colore paglierino. La cavità che lo conteneva si avvizzisce, e si può notare che ha l'estensione notata alla superficie, cioè dal 3° posteriore del lobo frontale, al limite posteriore del lobo parietale, approfondandosi nella sostanza midollare (centro ovale) dell'emisfero corrispondente, senza invadere il ventricolo laterale sottostante, (sezioni *parietale, centrale posteriore, centrale anteriore, frontale posteriore* del centro ovale del Nothnagel).

La faccia interna della cisti è liscia ed offre una distintissima e fitta rete di vasi sanguigni. Nella parte inferiore e posteriore della cavità menzionata si trova un tumore della grandezza di un uovo di gallina, di color grigiastro. Sezionato presenta pure una superficie grigiastra, sparsa di puntolini gialli e ricca di vasi sanguigni.

I gangli cerebrali del lato sinistro sono schiac-

ciati e sospinti internamente, e però il ventricolo medio si presenta ristretto e avente direzione obliqua, da destra a sinistra.

Nessuna alterazione macroscopica dei gangli, della capsula interna, del ponte, del bulbo e del midollo spinale.

Quanto all' *istologia patologica* del tumore, ecco ciò che risulta dall'esame microscopico fatto dal professor Marchiafava, e che qui trascrivo letteralmente:

« Il tumore è costituito di numerose papille, l'una accanto all'altra, che si vedono in direzione longitudinale o trasversa. Ciascuna di queste papille risulta da un vaso sanguigno centrale contenente un numero maggiore o minore di globuli rossi e colle membrane più o meno distinte, circondato da una specie di guaina costituita da elementi cellulari disposti in serie l'una presso l'altra. Questi elementi cellulari hanno varia figura; per lo più sono cilindrici o piriformi, con nucleo rotondo o ovolare. Le serie di elementi cellulari sono disposte perpendicolarmente sulle pareti dei vasi sanguigni, e, come si vede bene nelle sezioni sottilissime e spennellate, sono divise l'una dall'altra per fibre sottili, splendenti, uniche o diramate.

« I vasi sanguigni in molte papille si presentano ben conservati nel loro lume e nelle loro tonache, e in essi si può distintamente vedere come l'impianto degli elementi cellulari perivascolari si faccia propriamente sulla faccia esterna dell'avventizia, mentre lo spazio linfatico compreso fra questa e la media si mostra talvolta dilatato e ripieno di globuli bianchi. In altri punti del tumore si notano i vari gradi di atrofia dei vasi sanguigni, atrofia procedente dall'esterno all'interno, finchè da ultimo i vasi sanguigni sono

rappresentati da un sistema di fibre giallastre percorrenti il tumore.

« Le singole papille sono o addossate l'una contro l'altra, o divise da uno spazio il quale si presenta nel preparato o vuoto o costituito da un tessuto mucoso, con cellule stellate o fusiformi.

« Esaminando le parti periferiche del tumore o, per dir meglio, la parte molle aderente alla sostanza bianca, si riesce d'isolare numerosi vasellini sanguigni i quali offrono i primi gradi di sviluppo della nuova formazione perivascolare. Si vedono infatti dei vasellini sanguigni, che presentano sulla faccia esterna della loro guaina linfatica uno o due strati di elementi cellulari, i quali, in questo primo grado di sviluppo, hanno forma più svariata. Molti di loro hanno una forma clavata, impiantandosi colla parte acuminata sulla parete esterna del vaso sanguigno, il loro protoplasma è piuttosto abbondante e contengono uno e due nuclei. Le pareti della grande ciste risultano esternamente degli elementi cellulari descritti, e internamente da un tessuto mucoso.

« In alcuni preparati si vedono cisti microscopiche le quali si trovano o fra le singole papille, o nell'interno delle papille stesse, come se procedessero dalla degenerazione mucosa delle pareti dei vasellini sanguigni centrali.

« Il tumore descritto appartiene a una delle forme meno frequenti dei tumori occorrenti nel cervello. Rindfleisch¹ descrive un tumore di questa natura trovato nella pia madre del cervelletto, notando che le cellule circondanti i singoli vasellini erano prevalentemente cilindriche, e lo chiama *Papilloma della*

¹ Lehrbuch der pathologischen Gewebslehre S. 621. 1878.

pia madre perivascolare. Un tumore consimile fu trovato da Arndt ¹ alla base del cervello.

« Nel nostro caso il tumore si trovò nell' interno del centro ovale di sinistra, sulla parete di una cisti voluminosa. Senza volere entrare nella genesi di questo tumore che con Rindfleisch chiamerò *Papilloma perivascolare del cervello*, genesi non molto facile ad intendersi per l' incertezza che ancora domina sul rapporto fra i vasi sanguigni e la sostanza cerebrale, ricorderò soltanto che per ispiegare la formazione della grande ciste, ci soccorre lo studio delle cisti microscopiche esistenti fra le papille, e entro le papille, da una delle quali la prima poté trarre la sua origine. »

Mettendo ora a raffronto le lesioni rinvenute, coi sintomi più significativi della malattia, vediamo se v'abbia alcun punto della dottrina delle localizzazioni cerebrali che possa venire illustrato dal caso.

Per far ciò con qualche profitto converrà lasciare in disparte la forma clinica complessa, che si accentuò nell' ultimo periodo della malattia e che si dovette probabilmente al rapido ampliarsi della cisti, per arrestarsi a qualcuno soltanto di que' fenomeni che verificaronsi nei primi due periodi. Tra questi, i più importanti ad esser presi in esame sono il tremore unilaterale e le pseudonevralgie dorso-brachiali.

Le forme emicoreiche od emiconvulsive sono in genere considerate come un segno abbastanza indicativo della sede cerebrale, a condizione però che esse siano accompagnate dall' emianestesia cerebrale. Nel qual caso la lesione esistente nella zona po-

¹ Virchow's Archiv 51.

steriore tanto della capsula interna, che del talamo, e del piede della corona radiata irriterebbe il fascio di fibre motorie contenuto in quella zona.

Allorchè trattasi però di emicoree isolate, non accompagnate cioè dall'emianestesia, come si verificò nel mio caso, riesce più arduo il determinare la sede della lesione, e per quanto riguarda specialmente il centro ovale, il Nothnagel così si esprime nel suo classico trattato: *La diagnosi di sede nelle malattie cerebrali*: « È ancora dubbio se si presentino convulsioni di un solo lato del corpo nei distretti muscolari paralizzati, quando si tratti di veri focolai circoscritti alla sostanza midollare. »

Io non pretendo presentare la mia osservazione come atta a risolvere il dubbio avanzato dal Nothnagel, perchè trattandosi di un tumore che nel periodo ultimo della sua evoluzione si notò comprimere da un lato il talamo ottico e dall'altro le due circonvoluzioni centrali, nasce spontaneo il sospetto della partecipazione di queste due parti alla produzione del fenomeno.

Soltanto farò riflettere che il tremore convulsivo fu un sintoma precoce e contemporaneo alla comparsa della paralisi, quando cioè il tumore doveva essere ancora entro limiti ristretti e per conseguenza quando la compressione sul talamo e sulle circonvoluzioni centrali non poteva essere molto cospicua.

Un'altra considerazione che risulterebbe dai fatti osservati in casi di convulsioni unilaterali post-empiegeiche è; che allorquando queste dipendevano dalla lesione del talamo, ordinariamente lo spasmo della faccia si associava ai movimenti convulsivi degli arti, e ciò potrebbe costituire un segno differenziale delle forme emiconvulsive provenienti da questa sede

con quelle che derivano dal centro ovale, ove, come avvenne nel mio caso, i muscoli della faccia non parteciparono al fenomeno.

Non è dunque improbabile che il tremore unilaterale nella A. G. fosse dipendente dalla irritazione primitiva delle fibre motrici della sostanza midollare; alcune delle quali vennero distrutte ed altre irritate dal tumore, da cui la forma emiparalitica ed emiconvulsiva nate contemporaneamente.

Qui cade la opportunità di manifestare un dubbio, a risolvere il quale non mi credo però autorizzato dal presente caso. Il dubbio è se la mancanza della paralisi faciale nella forma emiparetica da me osservata possa o no considerarsi anch'essa come carattere distintivo delle lesioni del centro ovale, in confronto di quelle dei corpi striati e del talamo ottico.

Nel caso affermativo, ognun vede quanti più punti di analogia si riscontrerebbero tra le emiparesi ed i tremori unilaterali di sede midollare.

Ho detto che anche le pseudonevralgie meritano d'essere specialmente studiate in questo caso.

È opinione di molti nevrologi che i dolori, in qualunque località si manifestino, non abbiano una grande importanza per la diagnosi di sede dei tumori, potendo verificarsi, come fenomeni irritativi a distanza, in lesioni di sede svariatissima.

Suol dirsi d'altra parte che dei fenomeni irritativi di senso (dolori) deve ricercarsi la sede colà dove si originano le forme anestetiche (zona posteriore della capsula interna e corrispondente piede della corona radiata); ove risiede cioè il fascetto sensitivo del Maynert e dell'Huguenin.

L'apparente contraddizione di queste due proposi-

zioni scomparisce, se si pensi che ciò che vale pei focolai circoscritti non vale pei tumori, per quanto limitati essi siano.

Ammesse pertanto come indiscutibili le due predette opinioni, vediamo l'applicazione nel caso nostro.

Dall'autopsia risultò che la zona sensitiva non era invasa dal tumore, e da ciò si spiega, anche la mancanza della vera emianestesia cerebrale, non potendo attribuire un grande valore alla leggera ipoestesia cutanea riscontratasi nell'ultimo periodo della malattia. Risultò pure la integrità del ponte del Varolio che, secondo le osservazioni sin ora conosciute, è spesso la sede di tumori nella metà opposta agli arti ove si manifestarono i dolori nevralgiformi.

Ove dunque nel caso nostro ricercarne la sede, una volta messi fuori di causa il ponte e la capsula interna?

Il Nothnagel, che dopo aver raccolto la più gran somma di osservazioni, è quegli che le ha più severamente analizzate, dice non essere ancora risolta la questione se anche i tumori situati più in alto del ponte possano dar luogo a dolori nevralgici nelle estremità.

Io non credo si possa rispondere a questo secondo dubbio dell'autore tedesco come si è fatto per la emicorea, e mi limiterò ad osservare che la forma nevralgica fu molto posteriore, in ordine di tempo, al tremore unilaterale, sorse cioè quando il tumore e la cisti dovevano avere necessariamente assunto più vaste proporzioni.

In tal caso i fenomeni irritativi a distanza possono spiegarsi in vari modi; prima di tutto i semplici fatti di compressione sulle vie sensitive, ancorchè

rinvenute illese all' autossia, potevano dar luogo ad irradiazioni dolorose incrociate; in secondo luogo la pressione che andava esercitando la cisti invadente sulle sovrastanti circonvoluzioni cerebrali poteva anch' essa invocarsi alla spiegazione del fenomeno, sapendosi dopo gli ultimi studi di vari nevrologi, tra cui principalissimi quelli del Luciani e del Tamburini, che la zona corticale è anch' essa ritenuta come un centro sensitivo.

È altresì a riguardarsi come fenomeno primitivo di compressione diretta l' apparire della mosca volante all' occhio sinistro, sovraggiunto quasi contemporaneamente alle nevralgie.

Non si potrebbe perciò dare la identica spiegazione alla forma nevralgica ed alla convulsiva, relativamente alla parte che in esse può attribuirsi alla sola sostanza midollare centrale. Ma col ritenere come più probabile il concetto dei fatti compressivi meno determinati, non mi è permesso trasandare una qualche riflessione che potrebb' essere avanzata contrariamente a quel concetto.

Intendo alludere alla forma speciale che assunsero le pseudonevralgie nella mia inferma. Ricorderò che i dolori erano accompagnati da leggere contratture muscolari, che si esacerbavano comprimendo le apofisi spinose cervicali, che si manifestarono, benchè in grado minore, al braccio sinistro e non invasero mai l' arto inferiore.

A chi ben consideri, questa forma non è forse la più idonea a confortarci per una sede esclusivamente cerebrale del fenomeno; ma ci riporta facilmente alla idea di una neurite periferica che stia a base delle dette nevralgie. A proposito delle quali dirò essere i nevrologi ancora ignari se per lo sviluppo

di esse si diano nel cervello localizzazioni corrispondenti.

Non credendomi io adunque autorizzato dal mio caso di rispondere all'importante quesito, dirò che a proposito della forma dolorifica così solennemente verificatasi nella mia inferma, io intendo tenermi nella massima riserva, tanto più che debbo deplorare che le circostanze poco propizie che presiedettero all'autopsia, e lo stato di avanzata imbibizione cadaverica dei tessuti, non abbiano permesso un esame sui tronchi nervosi del plesso brachiale.

Debbo peraltro aggiungere che per quanto riguarda le radici, in vicinanza del midollo, l'esame fatto sul pezzo indurito dette un risultato negativo, rispetto alla neurite.

Un fenomeno che, per quanto transitorio, è qui opportuno il ricordare, è il disturbo vasomotorio manifestatosi durante il periodo dolorifico nella parte superiore del torace; disturbo che per essere bilaterale accennerebbe anch'esso ad una origine spinale anzicchè cerebrale. Ma disordini di questa specie non sono ancora così bene studiati da prestarsi a spiegazioni di localizzazione.

Dalle predette osservazioni, ecco quanto parmi potersi inferire:

1. V'ha motivo di sospettare della esistenza di un tumore nel centro ovale se, in seguito a ripetute convulsioni generali epilettiformi, si manifesta una emiparesi senz'altra lesione funzionale a carico dei nervi cerebrali, o tutto al più con leggera disartria per la partecipazione del nervo faciale e dell'ipoglosso.

2. Se il tumore risiede nel centro ovale sinistro si avrà la disartria più che la vera afasia, quan-

tunque la sede del tumore comprenda quella zona midollare subcorticale, la cui azione fisiologica si ritiene identica a quella della sede corticale del linguaggio.

3. Il fenomeno del tremore negli arti paralitici, senza emianestesia cerebrale, accenna alla sede midollare (fasci parieto-frontali dal Pitres), tanto più se al detto fenomeno non prendano parte i muscoli della faccia.

4. Le pseudonevralgie di lunga durata, nelle lesioni del centro ovale, se non hanno il carattere delle anestesi dolorifiche, possono dipendere dalla neurite periferica, ancorchè a questa non partecipino le radici spinali.

Il PRESIDENTE: Nessuno domandando la parola sull'argomento trattato dal socio Brunelli, invito ora l'Accademia a pronunciarsi sulle conclusioni presentate dalla Commissione per lo studio del progetto governativo di una nuova sistemazione del Tevere. A seconda di quanto stabilì l'Accademia, nell'ultima seduta ordinaria, riapro dunque la discussione sulle dette conclusioni.

Il socio TERRIGI: Se io non m'inganno, parmi che l'Accademia manifestasse il desiderio di ritornare a discutere su questo argomento, ma non già partendo dall'unica conclusione che presentò la Commissione, che può riassumersi nella disapprovazione del progetto della deviazione del Tevere, sotto il rapporto della igiene pubblica; bensì ampliando il tema in modo da comprendervi tutte le questioni che si collegano alla sistemazione della riva del fiume, come

sarebbe quella dei collettori, dei muraglioni, delle acque del sottosuolo, ecc.

Ricordo che questa proposta fatta dal Bastianelli venne approvata da parecchi soci, e l'Accademia stabilì di tornare sulla questione dopo la proposta del Bastianelli, ed io credo che abbia inteso di tornarvi secondo le idee del proponente.

Il socio PINTO: Il progetto della parziale deviazione del Tevere e della completa sistemazione del suo tratto intraurbano sono così collegati tra loro che non è possibile trattare l'uno senza l'altro; è perciò che anch'io sono d'opinione che il progetto Bompiani debba lasciarsi per un momento in disparte, per occuparci delle altre parti di questo problema igienico.

Il PRESIDENTE: Quantunque in altre occasioni si siano da noi trattate e discusse simili materie, e mi permetterò anche di dire con risultati pratici assai dubbi, nonostante se l'Accademia crede di tornare, dopo le vacanze estive, in questa questione, io la farò mettere di nuovo all'ordine del giorno.

L'Accademia risponde affermativamente.

I soci COLASANTI e CAPRANICA comunicano le seguenti conclusioni *sull'azione dell'acqua ossigenata ($H^2 O^2$) nell'organismo*:

1. L'acqua ossigenata fisiologicamente assorbita col metodo di Hueter agisce come un veleno, uccidendo rapidamente gli animali.

2. Le dosi sono variabili a seconda della gran-

dezza dell'animale. Per un cane di piccola taglia - peso Kilog. 3 - ne sono sufficienti C. C. 25; per un cane di grande taglia - peso Kilog. 13 - ne occorrono C. C. 75.

3. L'azione venefica si spiega su quasi tutte le grandi funzioni del corpo e particolarmente su quella della midolla spinale. Il potere eccitatorio di questo organo centrale nervoso è sopraeccitato, e le manifestazioni di questa esagerata eccitazione si palesano a mezzo dei fenomeni convulsivi più o meno gravi (tetano, atassia locomotrice ecc.).

4. Gli atti fisico chimici della nutrizione dei tessuti sono anche essi profondamente turbati, come può rilevarsi dalla fortissima glucosuria che precede la morte degli animali.

5. Tutti questi disturbi funzionali sono legati alla decomposizione che l' $H^2 O^2$ subisce a contatto dei tessuti.

6. I fenomeni consecutivi al veneficio per $H^2 O^2$ sono identici a quelli osservati da P. Bert in seguito all'azione dell'ossigeno compresso (Veneficio per ossigeno).

7. L'acqua ossigenata usata nelle nostre esperienze proveniva dalla fabbrica dei prodotti chimici di Th. Schulkardt in Görlitz ed aveva per titolo 4 %.

Queste nostre ricerche furono fatte in Roma durante la primavera del 1882.

Il socio CAPRANICA fa la seguente lettura: *Contribuzione alla chimica del sudore*:

Le conoscenze che si hanno attualmente in fisiologia sulla composizione del sudore, sono abbastanza limitate, principalmente per la difficoltà di

procurarsi un sufficiente materiale, sebbene le ricerche di Favre e di Funke, e di altri, abbiano provato essere la media dell' escrezione normale fisiologica dai 40 ai 42 grammi per ora: ciò nondimeno questo sudore normale è impossibile raccogliersi. Se ne possono ottenere alcune gocce raccogliendole *in situ*, facendo strisciare l'orlo di un tubetto sopra la pelle; ma in questo caso, la quantità di liquido che si raccoglie, è insufficiente per l'esperimentazione. L'istesso dicasi del sudore prodotto per un moto violento ed aiutato da alte temperature, circostanze che elevano le medie fino a 30 e 40 grammi, per ora. Quindi la sola maniera utile per procurarsi quantità rilevante di sudore, è quella di sottoporre un individuo sano e robusto all'azione di una stufa calda che contiene un recipiente in cui si possa raccogliere il liquido prodotto.

Garrod ha provato essere l'azione terapeutica della stufa impotente contro l'azione elettiva d'ogni parenchima per i principii escrementizii che gli porta il sangue, quindi il sudore, raccolto nella stufa, ha composizione assolutamente propria, nè l'azione di questa vale ad alterarlo

Così adoperando la stufa calda io ho potuto raccogliere il materiale che mi abbisognava. Questo mi era fornito da un robusto giovane di circa 35 anni, inserviente nel mio laboratorio. In varie sedute ottenni circa 450 c. c. di liquido avente una densità di 1005, 1006, densità un po' più forte di quella che generalmente è indicata nei trattati ossia di 1003, 1004.

In possesso del materiale, ecco i fatti che ho constatato, e le deduzioni che ho potuto trarre per alcuni componenti *normali* del sudore.

Favre per il primo nel 1852, poi Funke nel 1854, trovarono *urea* nel sudore nella proporzione di 0,0428 per 1000, (Favre) 1 e 1,5 per mille (Funke). Picard, nel 1856, dosò nuovamente l'urea nel sudore e trovò la proporzione di 0,088 per 100, Hoppe-Seyler spiega queste differenze per la facile decomposizione dell'urea nel sudore che può acquistare reazione alcalina anche dopo mezz'ora raccolto, producendosi sali ammoniacali, che non esistono nel sudore fresco e normale.

Continuando Favre le sue ricerche, scoprì nel 1853, una sostanza particolare azotata nel sudore, alla quale dette il nome di acido sudorico, rappresentandola con $C^{10}H^{16}Az^2O^{13}$. Questa sostanza secondo Favre, sarebbe contenuta nel sudore allo stato di sudorato alcalino. Dopo di lui non esistono altre ricerche su questo corpo per il quale dice assai bene Hoppe-Seyler, essere necessarii nuovi lavori; ma di questo corpo parleremo in appresso. Ora io ho dovuto rammentarlo, perchè rappresenta un'altra sostanza azotata, oltre l'urea che viene eliminata dalla pelle. Oltre questi due corpi, sono stati constatati nel sudore acidi grassi della serie acetica e lattica, quali il Propionico, il Butirrico, il Valerico, il Formico, l'Acetico ecc. I sali minerali che formano la parte più forte del residuo dell'evaporazione del sudore sono rappresentati da cloruro sodico, e piccole quantità di cloruro potassico, dal fosfato di soda e tracce di solfati. Però i solfati esistono sempre; io ho trovato che un metodo elegantissimo per dimostrarne la presenza è quello che ha usato G. Salet per la ricerca spettroscopica dello zolfo. Col suo piccolo e ingegnoso apparecchio ho sempre osservato che basta premere su le dita umide di

sudore un filo di platino, portato nella fiamma di H, schiacciata sulla superficie irrorata dall'acqua fredda, per ottenere un'aureola azzurra passeggera; ma benissimo visibile.

Le sostanze finora enumerate; urea, acido sudorico, acidi grassi, e sali minerali, sono quelle che finora furono ritrovate con tutta certezza nella composizione del liquido secreto dalla cute; non dò un quadro quantitativo, non sembrandomi necessario per il mio scopo.

Queste sostanze sono evidentemente dovute alla secrezione e delle glandule sudorifere, e delle sebacee; difficilissimo nello stato attuale della scienza dire a quale delle due secrezioni appartengano materiali speciali; forse è presumibile che gli acidi grassi siano dovuti alle ghiandole sebacee più specialmente; ma non possiamo basarci sopra nessuna esperienza speciale. Un fatto per altro s'incontra che può assai illuminarci in questa direzione, ed è la reazione del sudore. Tutti generalmente ammettono che la reazione del sudore normale è acida. Favre la trovò acida nel primo tempo della sudazione, neutra od alcalina nel secondo, alcalina nel terzo; Luchsinger e Trümper, dicono che la reazione del sudore è alcalina, mentre l'acidità apparente è dovuta agli acidi grassi provenienti dalle ghiandole sebacee. Nella faccia plantare della mano sprovvista di tali glandule il sudore è alcalino. Ora questo è precisamente conforme a ciò che dicevo innanzi, che cioè gli acidi grassi appartengono alle ghiandole sebacee, ma se questo è ammissibile, a quale delle due secrezioni apparterranno l'urea e i sudorati alcalini? La risposta è più ideale che pratica; sta il fatto che la doppia secrezione della cute rappre-

senta la somma del perspirabile cutaneo, e quindi fisiologicamente deve considerarsi il sudore in complesso, per la sua funzionalità speciale.

Non essendo nè di mia competenza, nè di mia intenzione entrare in una discussione istologica sopra un parallelo fra le ghiandole sudorifere e i reni, intendo come Favre ed altri hanno fatto, far risaltare la somiglianza di composizione fra il sudore e l'urina, somiglianza che probabilmente può spiegare alcuni fatti clinici, ed alcune proprietà fisiologiche della cute, come organo secretore di sostanze azotate, provenienti dalla metamorfosi regressiva della materia.

La somiglianza di composizione chimica fra il sudore e l'urina cessa un momento, quando si pensa all'acido urico, il quale nel sudore non fu giammai trovato. Wolff e Starck lo segnarono nel sudore dei gottosi, ma Favre, Martini, Ubaldini, Garrod etc, non trovarono mai acido urico nel sudore dei gottosi e dei reumatizzanti, nè localmente, nè generalmente; mentre le urine di questi individui ne erano cariche. Così per questo acido la somiglianza coll'urina cessa. Favre credeva che il suo acido sudorico fosse assai simile all'urico; vedremo in seguito come questo non sia vero, potendo l'acido sudorico assimilarsi piuttosto ad un altro corpo esistente nell'urina normale.

Se acido urico non esiste nel sudore, Garrod vi ha segnalato l'ossalato di calce, osservazione confermata da Roberto Sim, sopra se stesso, mentre Garrod lo scopriva nel sudore dei gottosi, e l'ossalato di calce esiste nell'urina tanto fisiologicamente, quanto patologicamente nell'ossaluria. Alcuni osservatori trovarono o dicono aver trovato *cistina* nel

sudore; ma esistono troppo poche osservazioni per ritenere il fatto come dimostrato.

Ma oltre l'acido urico, nell'urina è sempre contenuta un'altra sostanza in quantità più o meno forti, che è la *creatinina*. Per quanto io abbia cercato fino alle pubblicazioni di questi ultimi giorni, non mi fu dato trovare nessun cenno di ricerche fatte sul sudore a scopo di ritrovarvi la creatinina. Fu per tale motivo e per stabilire sempre più l'analogia funzionale fra la cute ed i reni, che io mi feci a cercare la creatinina nel sudore, quantunque certo di trovarla in quantità debolissime, senza speranza di poterla dosare in queste prime ricerche.

Io credo che nessuno abbia cercata la creatinina nel sudore per due ragioni, la prima per le difficoltà di procurarsi una quantità assai forte di sudore, la seconda per le difficoltà che finora s'incontravano nella ricerca della creatinina con i processi di Liebig e Neubauer.

Non è che in epoca assai recente, nel 1878, che J. Weil ha scoperta ed applicata una reazione bellissima e assolutamente caratteristica per la creatinina, per la quale tutti i chimici e clinici gli devono gratitudine seria. Con la reazione di Weil la ricerca qualitativa della creatinina è divenuta altrettanto facile quanto una reazione di chimica minerale, ed altrettanto sicura. Io do a T. Weil una grande parte di merito in queste mie ricerche, perchè non dubito affatto che egli avrebbe trovato la creatinina nel sudore prima di me, se avesse pensato a raccogliere un sufficiente materiale.

La reazione di Weil entrata in Germania nella pratica corrente delle cliniche e dei fisiologi, è, credo io, assai poco conosciuta in Italia, quindi la

esporrò dettagliatamente senza rimandare a trattati e a giornali scientifici che ne hanno parlato.

Dirò la reazione come si applica alle urine, essendo in tutto uguale il manuale operativo per altri liquidi in cui si sospetta la presenza della creatinina.

A 5 o 10 c. c. d'urina si aggiungono poche gocce d'una soluzione di nitro-prussiato di sodio Na_2 ($Az_2 O$) $F^{60} Cy_5 + {}^2Aq$. avente per densità 1003 - quindi si versa in questo miscuglio una soluzione di soda caustica ($D. 1,150$). Allora si vede prodursi una soluzione rosso violacea, che è assai intensa nelle urine ricche di creatinina, e che può sfumare fino al rosso granato, rosso giallo intenso nelle deboli, come per esempio, nelle urine dei cani povere in creatinina. Dopo pochi minuti le soluzioni anche più intensamente colorate diventano giallastre, finalmente giallo cedrino; il fenomeno è esaurito completamente per la decomposizione del corpo prodotto.

Non discuterò questo corpo: dirò solamente che esso si forma sul momento in cui il nitro-prussiato viene decomposto per azione dell'alcali. È da notarsi come osserva Weil che l'ammoniaca non produce nulla di simile. Io ho sempre osservato questo fatto: aggiungerò come le ammoniache composte si comportano in modo differente. Così l'Etilammina e la Metilammina danno una bella colorazione violetta che poi passa al giallo. Però è notevole che la Trietilammina e la Trimetilammina si comportano come l'ammoniaca producendo tinte luride e incerte.

Come si vede la reazione è di una facilità sorprendente, ed è al tempo istesso rapida e sensibilissima. Nessuna delle sostanze contenute nelle urine

dà questa reazione, come non la danno molti altri corpi che Weil ha studiato. Anzi la reazione è speciale per la creatinina, differenziandola dalla creatina.

Se nell'urina la reazione accade senza necessità di concentrare i liquidi, questo sul sudore è impossibile. La reazione tentata col sudore non evaporato è così debole da sfuggire ai più, specialmente a chi non ha una lunga pratica di tali fenomeni, ma non così nel sudore concentrato. Pertanto io feci evaporare nel vuoto e a bassa temperatura il sudore raccolto, fino circa ad un quinto del suo volume. Poi aggiunsi alcool assoluto che precipitò molti sali, e dopo evaporato l'alcool, provai la reazione di Weil. Ottenni per tal modo una bella ed intensa colorazione rosso granato giallo, che osservata nell'asse longitudinale del tubetto, pareva quasi nera. Dopo alcuni minuti divenne gialla, e finalmente ottenni il liquido citrino, indizio della completa decomposizione del nitro-prussiato.

Dopo che Weil ebbe scoperta la sua reazione, E. Salkowski (*Die Lehre vom Harn* 1882) osservò, come aggiungendo acido acetico al prodotto ingiallito della reazione, si vede una colorazione verde che può aumentare fino al blu. Questa reazione è evidentemente dovuta alla formazione di un cianuro ferroso-ferrico complesso; però essa non si produce nelle semplici soluzioni di nitroprussati decomposti dagli alcali; ma abbisogna della presenza della creatinina secondo Salkowski. — A me sembra, dalle ricerche che ho istituite sopra questo fatto, come varie sostanze organiche la producano ugualmente; ma per esempio l'urea non è fra queste. Cosicchè la reazione complementare del Salkowski, può ser-

vire come controllo utile, dopo però che siasi avverata quella di Weil, nella ricerca della creatinina.

E il sudore che aveva prodotto la colorazione rosso granato, dette infatti una colorazione verde bluastra, quando, ingiallito il liquore, venne trattato con acido acetico.

Ora dal fin qui detto risulta essere dimostrata sul sudore la esistenza normale della creatinina.

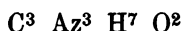
Che cosa ci rappresenta questa sostanza nel sudore? La creatinina è un prodotto della metamorfosi regressiva della materia meno inoltrata dell'urea, che ne è l'ultimo termine cristallizzato. Che la creatinina derivi dalle sostanze albuminoidi non è da dubitarne, anche se direttamente non sia stata ottenuta. Veramente in chimica non è necessario ottenere materialmente una sostanza, quando si sa che un'altra che si ricava da un primo materiale può darle origine. Però questo non era conosciuto fino a recentissimi tempi. Due francesi, il Béchamp ed il Ritter dopo di lui, ammisero che nell'ossidazione degli albuminoidi con il permanganato potassico, si ottenesse *urea*; ed infatti il primo come il secondo, in tale ossidazione produssero un corpo cristallizzato, il quale per le sue reazioni fu potuto credere urea. In Germania ed anche in Francia, questa produzione di urea nell'ossidazione degli albuminoidi fu recisamente negata da Niklés, Sädeler, Löw, Tappeneire, etc. E finalmente in epoca recentissima, F. Lossen ha dimostrato essere i cristalli supposti d'*urea* formati dalla *Guanidina*, che nelle sue reazioni, specialmente nella poca solubilità del suo nitrato, si comporta come l'urea. Cosicchè si può ottenere Guanidina dall'ossidazione delle sostanze albuminoidi.

Ora che cosa è la Creatinina? — La Creatinina è un Metil derivato della Guanidina.

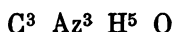
Questa essendo:



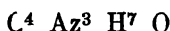
produce la Glicociamina od acido Guanidinacetico rappresentato da



da questo deriva la Glicociamidina:

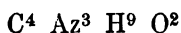


e con l'introduzione di (CH_3) abbiamo poi:



che è la Creatinina.

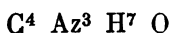
Così dunque la sua derivazione è dimostrata per le sostanze albuminoidi che danno origine a Guanidina. Ma la Creatinina nell'organismo deriva dalla Creatina per perdita di acqua.



Creatina



Acqua



Creatinina

Ora le Creatina essendo una Guanidina sostituita, rimane la medesima dimostrazione per le due sostanze.

Evidentemente dunque nell'organismo, l'ossidazione degli albuminoidi produce tutti questi prodotti escrementizii, per arrivare fino all'urea.

Ecco dunque ritrovato nel sudore un corpo che finora non era stato trovato con certezza che nel-

l'urina, e da Weil nel latte. Probabilmente, ora che la strada è aperta, si troverà Creatinina anche in altre secrezioni; ora limitiamoci a considerarla nel sudore e nell'urina.

Come ho detto sopra, io non ho creduto, in queste prime ricerche poterla dosare, e quanto dirò qui in appresso non è che un mio apprezzamento approssimativo per le considerazioni seguenti:

Neubauer ammette la media della Creatinina in 24 ore da 0,6 ad 1 grammo; io prendo il minimo 0,6 per calcolarla nel sudore.

Valutando colorimetricamente sul sudore concentrato $\frac{1}{3}$ di quello che può esistere nell'urina, si può stabilire questo calcolo ipotetico.

Il sudore che dava la reazione colorimetricamente uguale ad un terzo dell'urina supposta, conteneva 0,6 di Creatinina, era evaporato ad $\frac{1}{5}$ del suo volume, ora essendo 0,2 il terzo di 0,6, ne viene che bisogna dividerlo per 5, e ottenere così 0,04 per mille.

Quanto ciò sia conforme al vero io non posso dire nè affermativamente, nè in senso negativo, e le ricerche ulteriori ce lo indicheranno nella sua certezza.

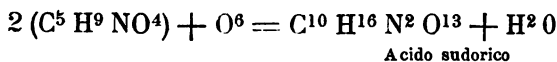
In qualunque modo, è dimostrata questa eliminazione di Creatinina per il sudore, eliminazione che è una nuova strada di perdite d'azoto per il ricambio della materia, ed è una conferma della somiglianza di composizione chimica fra l'urina e il sudore.

Non posso lasciare quest'ultima deduzione, senza parlare della sostanza azotata che il Favre chiamò acido sudorico, e da lui considerato come affine all'acido urico.

Si vedrà subito che questa affinità non esiste: l'a-

cido sudorico o idrotico è rappresentato dalla formula $C^{10} H^{16} N^2 O^{13}$; l'acido urico ha invece: $C^5 H^4 N^4 O^3$.

Somiglianza in vista della quantità di azoto non esiste; invece l'acido sudorico può essere considerato, se la formula di Favre è esatta, come dell'acido Glutamico più O^5 . Infatti l'acido Glutamico è $C^5 H^9 N O^4$, e



L'acido sudorico sarebbe dunque un prodotto di ossidazione dell'acido Glutamico. Ma che cosa di simile troviamo nelle urine? Thudicum nel 1870 analizzò e descrisse una sostanza amorfa gummiforme, alla quale dette il nome di acido *Criptofanico* rappresentandola con $C_5 H_9 N O_5$, sostanza che Hlasiwetz e Habermann sostennero per acido Glutamico impuro. Quindi è possibile che queste sostanze estrattive dell'urina e del sudore siano e identiche fra loro, e identiche all'acido Glutamico.

Quindi riassumendo, si può dire, essere la secrezione del sudore sempre più chimicamente paragonabile a quella dell'urina.

Le conseguenze che la fisiologia e la patologia possono dedurne, a me sembra siano abbastanza degne di studio perchè la somiglianza di composizione chimica suppone somiglianza di funzionalità fisiologica; quindi sono possibili alterazioni patologiche simili fra loro in rapporto agli organi secretori.

Il SEGRETARIO: Il prof. Mazzoni ha incaricato il suo assistente, il dott. Postempski, di comunicare al-

l'Accademia, per mio mezzo, le seguenti operazioni eseguite testè nella clinica chirurgica.

Trattasi di due *osteotomie alla Macewen*, praticata la prima nella persona di Tani Natalina di anni 8 di Ronciglione, affetta da ginocchio valgo sinistro in grado assai pronunciato. Fu operata il 29 maggio e conserva tuttora l'apparecchio applicato immediatamente dopo l'operazione. Si ebbe una completa asepsis, come lo dimostra l'apiressia che si ebbe fin ora.

La seconda osteotomia fu praticata nella persona di Staffi Enrica di anni 9, di Roma, affetta di ginocchio valgo doppio. Fu operata il 12 giugno scorso e anche in questa furono applicati due apparecchi al silicato di potassa che stanno tuttora in posto; l'asepsis fu pure completa.

La fotografia che presento può render l'idea della deformità avanzata di cui la Staffi era affetta.

Dopo che la guarigione di ambidue queste inferme sarà completa, il Professore si riserba di darne una dettagliata storia e di presentare all'Accademia le inferme.

Ha voluto solamente rendere noto agli onorevoli colleghi dell'Accademia questi brevi cenni, perchè, sono le due prime osteotomie che compiansi in Roma in casi di ginocchio valgo.

Il prof. Mazzoni desidera pure che l'Accademia riceva come comunicazione preventiva un cenno di una ovariectomia operata il 14 giugno, nella quale egli si attenne ad un processo assolutamente nuovo.

Trattavasi di una cisti ovarica con tali aderenze da renderne impossibile l'estrazione. Fu allora che il prof. Mazzoni pensò di esciderne la parte prin-

cipale, quella cioè in cui fu dato vincere le aderenze, praticando la sutura delle pareti della porzione di cisti rimasta col peritoneo.

E oggi l'undecimo giorno dacchè fu eseguita la operazione e la malata è apirettica, la ferita è granulosa e tutto fa sperare una pronta guarigione.

Anche su questo caso il prof. Mazzoni si riserba di tornare nella ventura seduta, narrando non poche circostanze di sommo interesse che accompagnarono l'atto operativo e la susseguente cura.

Il socio BERTINI : Il dottor Cazenave de la Roche, medico ad Eaux-Bonnes, nostro socio corrispondente, ha inviato all'Accademia una sua memoria intitolata: *De l'Equitation dans les maladies de poitrine*, ed io ho avuto dall'onorevole nostro Presidente l'incarico di farne un breve cenno.

In questo interessante argomento il nostro socio corrispondente premette che egli non intende di parlare dell'equitazione sotto il punto di vista didattico o sotto quello dell'arte di montare a cavallo, ma solamente ed esclusivamente sotto il riguardo medico e delle sue applicazioni terapeutiche. Però prima di diffondersi su tale argomento dà un colpo d'occhio al cavallo come base prima ed indispensabile dell'equitazione. Studia infatti tale utile animale sotto l'aspetto etnografico, enumera le differenti razze, e si ferma principalmente sopra i diversi moti comunicati dal cavallo al cavaliere, negli svariati suoi andamenti.

Esamina frattanto quali sono le parti organiche del corpo che si trovano direttamente messe in giuoco nell'esercizio del cavallo, sia d'una maniera attiva

e spontanea, sia passivamente, obbedendo alle scosse che già gli sono comunicate dall'animale.

Venendo poi all'azione dell'equitazione sull'uomo nello stato patologico, dichiara di non interessarsi delle numerose malattie nelle quali la medicina ha riconosciuta all'equitazione un valore terapeutico; ma di limitare lo studio alle malattie del petto e specialmente alla tisi polmonale.

L'A. non crede fuori di proposito di gettare un colpo d'occhio retrospettivo sui svariati lavori dei medici dell'antichità e degli ultimi secoli su tali argomenti.

Osserva infatti come, fra gli antichi, Ippocrate, Senofonte, Plutarco, Galeno, Oribasio, Antillo, Aezio, Avicenna e Svetonio siano stati forti propugnatori dell'equitazione, sia nello stato di salute che in quello di malattia, ed aggiunge che il Sydhenam è di accordo in ciò con Oribasio e proclama l'equitazione superiore a tutti gli altri esercizi, considerandola come il rimedio sovrano, lo specifico contro la tisi polmonale.

Accenna come il Cullen, il Bush, il Salvadori, lo Stolz, il Fuller, l'Hoffmann, l'Hermann, il Boerhaave, e tra i contemporanei il Fonssagrives siano stati tutti propugnatori dell'equitazione anche nelle forme più gravi e ribelli della malattia del petto.

Ammessa dunque come indiscutibile, per l'autorità di tanti clinici e per propria osservazione, la efficacia della equitazione metodica nella tubercolosi, l'A. dà come fondamento dell'azione terapeutica l'azione ginnastica-fisiologica, che si riassume nella maggiore attività della ematosi per l'accelerata circolazione.

Accenna ad un elemento statistico importante da lui raccolto, ed è 1° che nella classe degli antichi

postiglioni si è verificata una quasi assoluta immunità dalla tisi polmonale; 2° che nell'esercito, la cavalleria dà un minor contingente di tisici che la fanteria.

Venendo quindi all'applicazione pratica cita i diversi stadii nei quali è conveniente l'equitazione. Per ritrarre vantaggi igienici e terapeutici dall'equitazione è necessario, egli dice, sceglier per tale esercizio un cavallo docile, bene ammaestrato, i di cui movimenti siano dolci e sul quale il cavaliere stia a suo agio senza avere le gambe troppo distese o ripiegate fuori misura. Consiglia che sia data la preferenza al cavallo arabo, attribuendo grande importanza all'andamento del cavallo, non che all'ora, alla durata del passeggio e allo stato del tempo in cui viene effettuato questo importante esercizio.

Stabilisce infine che l'equitazione costituisce una delle branche della Ginnastica medica la più feconda in applicazioni igieniche e terapeutiche.

Considerata nella generalità dei suoi effetti, può a giusto titolo, essere riguardata come un agente sovrano di unificazione dell'organismo.

Nelle sue applicazioni particolari, l'esercizio del cavallo, praticato con metodo, godrà di una incontestabile efficacia nel linfatismo, nella scrofola e nelle affezioni addominali, specialmente in quelle cagionate da eccessivo riposo.

Infine, applicata al trattamento della tubercolosi imminente, l'equitazione eserciterà quasi sempre un'azione proflattica incontestabile. La sua attività terapeutica resterà subordinata alle indicazioni e alle modalità dell'entità morbosa.

Il socio MANAYRA : — Il dato statistico accennato

dal Cazenave e che riguarda la minor proporzione dei tisici nella cavalleria dell'esercito, in confronto della fanteria può avere, secondo me, una interpretazione se non diversa, almeno non esclusivamente in favore della equitazione. Io non intendo rilevare tutti i lati di questa questione d'igiene militare, prima di tutto perchè l'autore della memoria non è presente e non si avrebbe il vantaggio di una discussione efficace; in secondo luogo perchè l'ora è già tarda. Soltanto aggiungerò, come nel nostro esercito non si verifichino i dati statistici accennati dal Cazenave riguardo alla proporzione dei tisici fra la fanteria e la cavalleria.

La seduta si scioglie alle 2 1/2.

Il Segretario

Dott. C. BRUNELLI

Il Presidente

PROF. L. GALASSI.

OPERE INVIATE ALL'ACCADEMIA

~~~~~

Settima relazione annuale dell' Ambulatorio clinico-oculistico del Dott. *M. Scellingo*.

Sul concorso al premio reale per le scienze biologiche nella R. Accademia dei Lincei; del Prof. *F. Pacini*.

Della cura del gozzo cistico: Memoria del Dott. *Francesco Parona*.

Osservazioni cliniche e studi intorno ad alcune malattie dei bambini, del Prof. *M. R. Levi*.

Della certezza nella medicina moderna; del medesimo.

Della flagellazione in un caso pratico; del medesimo.

La questione degli Ospizi marini; del medesimo.

Della emoglobinuria ad accessi da freddo; del medesimo.

Due casi di sifilide cerebrale; del medesimo.

Relazione della seduta inaugurale del Congresso medico nazionale di Siviglia.

Essai sur le Muguet des nouveaux-nés; del Dott. *E. Tordeus*.

Un cas de group catarrhal; del medesimo.

Contribution à l'étude du tic de Salaam; del medesimo.

Annuaire démographique et tableaux statistiques des causes de décès, dans 1881, del Dott. *E. Janssens*.

Ancora due parole sulla misurazione della miopia e della ipermetropia del Dott. *V. Giudici*.

La epidemia di scarlattina del 1881 in Cave. Relazione del Dott. *L. Della Rovere*.

Relazione della epidemia di vajuolo avvenuta in Cave nel 1880-1881; del medesimo.

---

## CRONACA DELL' ACCADEMIA

(Seduta straordinaria del 31 maggio 1882).

---

**Nomine accademiche.** — La Commissione incaricata di riferire sui titoli presentati da sette candidati al posto di Socio ordinario, non avendo da scegliere che tre soli nomi, tanti essendo i seggi vacanti dell'Accademia, presentò *ex equo* i seguenti: il prof. Alessandro Solivetti, il prof. Ezio Sciamanna e il signor Stefano Capranica.

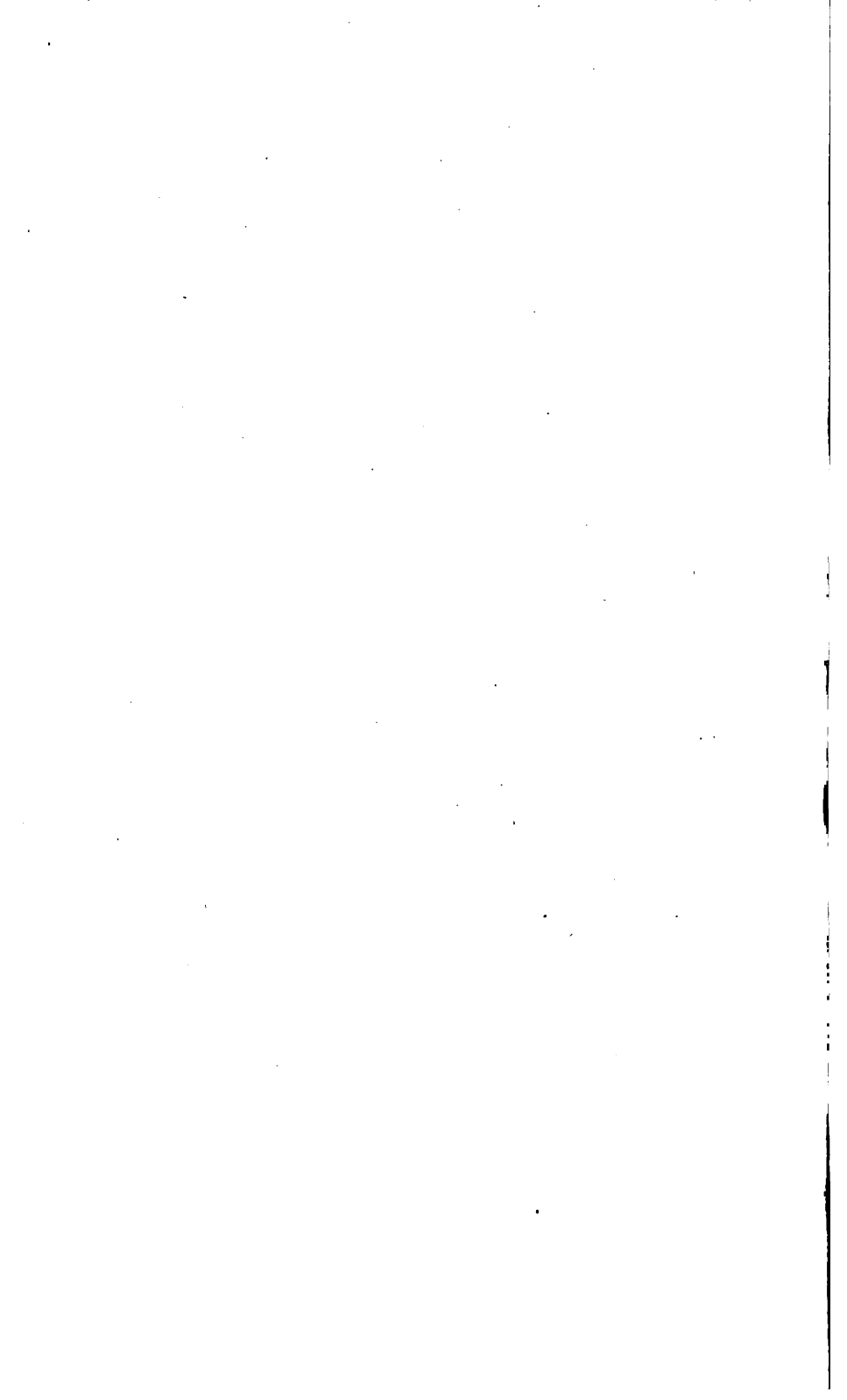
L'Accademia fece completa adesione ai criteri adottati dalla Commissione nella scelta dei tre candidati, perchè si venne a stabilire una massima fondamentale per quei casi in cui molti candidati ottino a pochi o ad un solo posto.

La Commissione adunque, più che al merito relativo dei vari candidati, ebbe in mira di provvedere l'Accademia di quelle branche scientifiche di cui o era deficiente o di quelle che pel loro grande sviluppo ed importanza meritavano venissero rappresentate da più cultori.

Lo scrutinio dette unanimità di suffragi per tutti e tre i candidati.

**Amministrazione.** — Il consuntivo del 1881 coi relativi documenti venne esaminato dai Sindaci, la cui Relazione fu approvata dall'Accademia, unitamente a una manifestazione di stima e gratitudine verso l'economista cassiere dott. Attilio Donarelli.

**Proposte di Soci corrispondenti.** — A norma dell'art. 11 dello Statuto furono proposti a soci corrispondenti il prof. Ceci di Camerino e il prof. Ottavio Leoni.





## SEDUTA ORDINARIA DEL 22 OTTOBRE 1882

PRESIDENZA DEL PROF. LUIGI GALASSI

**SOMMARIO.** — Comunicazioni della Presidenza. — Presentazioni varie (preparazioni microscopiche, apparecchio a pompa per toracentesi, operati): **Majocchi, Gualdi, Pasquall.** — Sulla constatazione delle nascite a domicilio: **Maggiorani** (nel presentare una pubblicazione del dott. Pietrasanta). — Nota sperimentale sul bacillo della tubercolosi. **Marchiafava.** — A proposito di un palato artificiale del sig. Marziani; proposta: **Businelli.** — Afonia isterica e sua cura: **Gualdi** (osservazioni Tassi, Maggiorani). — Esperimenti fisiopatologici coll'olio di Crotonium nell'erpete tonsurante e metamorfosi di questo in Kerion: **Majocchi** — Opere inviate all'Accademia.

Il processo verbale dell'antecedente adunanza ordinaria è letto ed approvato.

**Presentazioni varie**

Il segretario presenta le opere inviate all'Accademia (v. in fine della seduta) e fa noto che il Ministro della P. I. venne informato del buon esito delle esperienze fatte dal sig. Marziani dinnanzi all'Accademia nella seduta straordinaria del 15 corrente mese, col palato artificiale di sua invenzione

e del giudizio favorevole che verrà quanto prima rilasciato d'ufficio all'inventore.

Con la detta informazione la presidenza ha creduto rispondere alla commendatizia che il Marziani ebbe dal Ministro.

Il socio MAIocchi: Ho l'onore di presentarvi alcune *preparazioni microscopiche della pelle dell'area Celsi*, le quali, a mio avviso, hanno non poca importanza sulla diagnosi di questa malattia, da alcuni dermatologi ritenuta come una forma neurotrofica. Devo qui ricordare che studii istologici sopra tale argomento furono già intrapresi dal Vagener, dallo Schultze, dal Malassez, ma senza risultato alcuno sotto il rapporto micologico. Le mie ricerche microscopiche fatte sulla pelle dell'*area* presa dal cadavere di una donna morta per epitelioma dell'utero, riuscirono per la prima volta a dare una dimostrazione assai convincente della presenza del *Microsporon Audouini* e sopra alcune particolarità di sede del medesimo. Senza fermarmi a descrivere il metodo di preparazione, dirò solo che i tagli della pelle dell'*area* furono trattati colla soluzione acquosa di *Bruno di Bismarck* per la quale le spore del fungo prendono una bella tinta giallo-arancia. All'esame microscopico si scorge il fungo che ha sede negli strati più superficiali delle cellule epidermiche e mai si addentra nel reticolo di Malpighi. Si trova ancora raccolto in piccoli gruppi di poche spore sullo sbocco del follicolo, ovvero dentro esso rivestendone le pareti. In alcune preparazioni si scorgono anche le guaine infiltrate dalle spore del *Microsporon*, mentre il capello è completamente risparmiato da esse. Qualche volta non solo le membrane ma il capello stesso,

è invaso dal fungo che a guisa di una guaina tutto intorno lo riveste, mai però si addentra nella sostanza del capello stesso.

Ora nell'istituire l'esame diagnostico può verificarsi il fatto, che, estraendo un capello, questo, (sia che esca munito delle sue membrane, ovvero privo di esse) non mostri la presenza del parassita, essendo esso rimasto aderente alle guaine, o alle pareti del follicolo. Quindi il risultato negativo ottenuto dall'esame microscopico del solo capello non deve autorizzare il clinico ad escludere il parassitismo in un caso di area Celsi. È d'uopo non fidarsi di un solo esame del capello, ma ripetere molte ricerche su di esso, e soprattutto sulle squame epidermiche prese alla periferia della chiazza alopecica, nelle quali l'osservazione microscopica riesce il più delle volte a constatare la presenza del fungo.

In questa breve comunicazione preventiva non mi è concesso di esporre dettagliatamente le mie ricerche micologiche su tale malattia, riservandomi di fare ciò in altra occasione. Ho voluto solamente, dietro questo reperto microscopico, mettere in sull'avviso il clinico, onde non si pronunzi con troppa sicurezza sulla natura di questa forma alopecica.

Il socio GUALDI: Presento un *apparecchio per la toracentesi*, da me immaginato, e costituito dalla pompa del Wymann. Al posto della sonda esofagea, e del condotto di passaggio pei liquidi, io ho creduto sostituire due tubi di caoutchouc, in uno de'quali ho adattato, al termine libero, una specie di anello per introdurvi la cannula del trequarti, appena estratto lo stromento perforante; la qual cannula perciò è costruita in modo da potersi introdurre esattamente nel

detto anello; nell'altro tubo ad una certa distanza dall'inserzione ho disposto una biforcazione perchè, da una parte passi il liquido che esce dal petto, dall'altra quello che vi si deve introdurre perchè sia diluita la densità dell'essudato, e lavata la superficie della pleura. Una valvola ben disposta alla biforcazione impedisce che il liquido di una parte possa mescolarsi con quello dell'altra.

Per mostrarvene il perfetto funzionamento, io dispongo come vedete tre vasi di vetro, nel primo dei quali, rappresentante la cavità del petto, vi si trova un liquido denso difficilmente scorrevole; nel secondo, figurante il lavacro, v'ha dell'acqua fenicata; nel terzo, destinato al rifiuto, esiste dell'acqua ad un dito d'altezza, per sommergervi l'estremità del tubo ivi corrispondente, affinchè nell'esercizio della pompa l'aria non possa intromettersi nel petto per questa via. Applicati a ciascun vaso i rispettivi condotti di già annessi alla pompa si vede che mettendo in azione lo strumento, ed alternando l'emissione colla introduzione dei liquidi, quello del petto da denso si rende scorrevolissimo, e che in questo passaggio è impedito perfettamente l'accesso dell'aria da ogni parte.

Farò osservare che moltissimi sono gli apparecchi proposti per la toracentesi, ma che fra essi non ve n'ha uno che corrisponda scrupolosamente e senza danno dell'infermo al doppio scopo di diluire il liquido contenuto nella pleura per facilitarne la uscita, e d'impedire del tutto l'accesso dell'aria nel frattempo dell'emissione, e della introduzione dell'uno e dell'altro liquido; che questi due scopi sono raggiunti perfettamente colla pompa del Wymann modificata nel modo indicato, come fu dimostrato ad evidenza dall'espe-

rimento, e perciò a mio parere questo nuovo apparecchio è preferibile a qualsiasi altro.

Il socio LANZI : Debbo fare plauso all'apparecchio immaginato dal socio dottor Gualdi, in quanto che con esso viene totalmente eliminato un inconveniente, che mi si offri, or sono circa tre mesi, in una mia inferma nell'ospedale di S. Giovanni. Nell'atto in cui il collega dottor Benedetto Baldassarri chirurgo primario nel detto ospedale, dietro mio invito, eseguiva la puntura del torace, e ne estraeva un liquido sieroso-puroloento bastantemente denso, impiegando l'aspiratore di Jolifois; giunse un momento in cui, sebbene il liquido già estratto raggiungesse la quantità di oltre un litro, ne restava ancora nella cavità pleurica tale quantità da fare credere che l'operazione fosse ben lungi dall'essere compiuta. Tuttavia, per quanta forza si adoperasse nell'aspirare, l'istromento più non agiva. Egli ed io costatammo che ciò era dovuto ed alla densità del liquido ed a qualche zaffo di fibrinogeno, che ostruiva l'apertura della cannula. Allora fu che decidemmo di rimuovere la pompa aspiratrice dalla cannula, e di iniettare un liquido il quale diluìsse quello da estrarre. Da ciò ne seguì che, ad onta di tutte le cautele usate, una piccola quantità di aria s'intromettesse nel cavo toracico, cosa che, io voleva assolutamente evitare. E ciò si sarebbe certamente evitato, se l'aspiratore di Jolifois avesse potuto funzionare regolarmente e non si fosse avvertita la necessità di rimuovere la pompa dalla cannula; poichè mediante un congegno di rubinetti, questa nell'estrarre il liquido, lo conduce entro un vaso contenente acqua, per mezzo di un tubo elastico che vi rimane sommerso. Ora, con l'aspiratore del Gualdi,



siffatti inconvenienti sono totalmente eliminati, poichè in esso ad ogni aspirazione succede, alternandosi, una nuova iniezione, e da questa viene reso più tenue il liquido da estrarre od anche rimosso e respinto indietro un zaffo qualsiasi, che ostruisce la cannula infitta nella parete toracica, e tutto ciò senza che l'aria possa in alcun modo penetrarvi dentro. Nel riconoscere adunque molto ingegnoso e nel lodare il concetto, che servì di guida alla costruzione di tale aspiratore, lo reputo in pari tempo preferibile agli altri, ed assai più vantaggioso nell'eseguire la toracentesi nei casi di raccolta di un liquido denso, cui fece cenno il mio distinto collega.

Il socio PASQUALI: Presento una operata di ovariotomia limitandomi a far osservare le condizioni regolari della cicatrice. Oltre a ciò richiamo l'attenzione dei colleghi sullo stato dell'addome dove non si osserva alcuna traccia di lesione.

Il socio MAGGIORANI: Per incarico avuto dall'autore, sig. dott. Prospero Di Pietra Santa, direttore del *Journal d'Hygiène* di Parigi, offro in omaggio all'Accademia alcuni esemplari di un suo recente lavoro che ha per titolo: *La constatation des naissances à domicile*.

Origine di questo scritto era stata la petizione compilata dalla Società Italiana d'igiene e diretta al Ministero di grazia e giustizia del Regno, al fine di ottenere un emendamento al senso dell'art. 371 del Codice civile; ove è stabilito un termine troppo breve, dopo la nascita, alla presentazione del neonato all'ufficio dello stato civile, perchè la sua vita non venga esposta a grave pericolo.

Consapevole delle difficoltà incontrate da chi fu scelto a raccomandare il progetto di emendamento, e animato dal nobile sentimento di umanità, il nostro collega Di Pietra Santa stimò opportuno in tale contingenza di proporre ad esempio imitabile il modo onde medici e giureconsulti sogliono interpretare in Francia l'equivalente articolo 55 della legge, informata ivi pure allo stesso rigore. Quella interpretazione ammette che tanto valga presentare il neonato all'ufficiale dello stato civile nella sua residenza, innanzi che spiri il terzo giorno dopo la nascita, quanto il mostrarlo al medico, designato a tal uopo dall'autorità, e così circondare il neonato di tutte le cautele ordinate dal codice.

Per verità simigliante sostituzione è accettata ed attuata anche fra noi, ma lo è solo in alcune città per legge o consuetudine municipale, in altre per favore o in forza di privilegi, dappertutto in caso di malattia del neonato. Ora è chiaro come queste parziali convenzioni non bastino a tutelare la intera nazione dai danni che le sovrastano nel primordio della vita, per vizio di una legge che la governa.

Esprimo perciò il desiderio che l'on. Presidente voglia cogliere un momento opportuno per aprire la discussione sull'argomento in proposito. Un voto dell'Accademia potrebbe servire di sprone ai governanti, acciò l'art. 371 fosse definitivamente modificato in favore della pubblica igiene.

Il PRESIDENTE, avendo l'Accademia fatto adesione alla proposta del socio Maggiorani, metterà nell'ordine del giorno di altra seduta l'argomento della verifica delle nascite.

### Comunicazioni, letture e discussioni.

Il socio MARCHIAFAVA a nome anche del Dott. Celli comunica la seguente nota *sul bacillo tubercolare scoperto da Koch.*

La comunicazione fatta da Roberto Koch, or sono sette mesi, alla società fisiologica di Berlino, della presenza di un bacillo specifico nelle lesioni tubercolari; della riuscita coltura del medesimo e della inoculazione, sempre con successo, dei prodotti di coltura, destò il più vivo interesse in tutto il mondo scientifico. E la ragione è chiara, quando si rifletta che non solo a questa scoperta è legata la conoscenza della causa vera della tubercolosi, e la probabilità di combatterla, ma che della stessa si avvantaggia ancora, e seriamente, la diagnosi al letto del malato.

Dopo la pubblicazione fatta da Koch era naturale che i clinici e gli anatomo-patologi ricercassero la presenza di questo parassita negli sputi, come già avea constatato lo stesso Koch, e negli organi tubercolosi, e se era facile differenziarli da altri microrganismi, che si trovano in abbondanza nei primi, e che per avventura possono trovarsi nei secondi. Al metodo di colorazione di Koch sono succeduti altri metodi proposti da Ehrlich, Beumgarten, Weigert.<sup>1</sup>

Noi ci siamo occupati nelle tre ultime settimane della ricerca di questo bacillo negli organi, negli sputi, e nelle diarreie dei tubercolosi.

---

<sup>1</sup> Il metodo del prof. Weigert fu comunicato ad uno di noi (Marchiafava) in Berna, dai prof. Lichteim e Langhaus, alla cortesia dei quali egli rende i dovuti ringraziamenti.

Nell'esame degli organi tubercolosi merita esser menzionato un caso di meningite tubercolare, nel quale si trovava avanzato il processo di endoarterite acuta descritto da Cornil e Guarnieri, e dove i bacilli erano disposti a zone concentriche sulle pareti delle arterie, e fra le cellule rotonde infiltrate, fra l'endotelio e la lamina elastica.

Negli sputi di 15 individui affetti da tisi polmonale si trovarono costantemente in maggiore o minore quantità, talora in quantità veramente enorme. Essi hanno i caratteri descritti da Koch, sono di varia lunghezza; talora se ne trovano molti sporigeni, e si dispongono sovente in serie, a fasci, o ad accumoli. Si ritrovano distinti negli sputi disseccati da giorni sui vetrini, o lasciati entro un vasetto per 20 giorni.

Lo sputo può essere raccolto quindi senza alcuna precauzione (lavanda della bocca ecc.), ed esaminato anche dopo molti giorni, perchè i bacilli tubercolari si distinguono completamente dai bacilli di altra natura.

Ma non soltanto si trovarono i bacilli tubercolari negli sputi di tisici avanzati, ma ancora nello scarso espettorato di due individui affetti di tubercolosi polmonale nell'esordio del processo. Nello sputo di un individuo per la seconda volta emottico, di aspetto abbastanza robusto, e nel quale non si rivelavano sintomi fisici di lesione polmonale, si rinvennero accumuli distintissimi di bacilli tubercolari quasi tutti *sporigeni*.

Negli sputi di 6 individui affetti di catarro bronchiale cronico, di uno con catarro bronchiale acuto, di tre polmonitici, di uno affetto da induramento polmonale consecutivo a polmonite cruposa, mancarono completamente, e mancarono pure negli sputi osser-

vati per tre volte di seguito in un caso di polmonite cronica, probabilmente sifilitica, e che ora va migliorando con la cura specifica.

Nelle diarree dei tisici si ritrovarono egualmente i bacilli tubercolari, e si poterono facilmente distinguere da tutto quel mondo di microrganismi di altra natura che si riscontrano nelle fecce.

Un fatto che impressiona e persuade qualunque osservatore, è il riconoscere la identità fra i bacilli tubercolari che si osservano in un preparato fatto colla diarrea o con i sputi di un tisico, e quelli che si riscontrano sulle pareti delle arteriole della pia madre, nella meningite tubercolare.

Dalla esposizione di queste poche osservazioni, che saranno certamente ripetute su vasta scala, si riconosce la grande importanza della scoperta di Kock e il vantaggio immediato che ne deriva al medico pratico. L'importanza del ritrovamento delle fibre elastiche negli sputi dei tisici, impallidisce di fronte a quello dei bacilli; poichè quella accerta la distruzione del tessuto polmonale, questa dell'iniziarsi di un processo che il più delle volte termina colla tisi polmonare.

La presenza di quantità talora enorme di bacilli negli sputi dei tisici deve ammaestrare con più fondamento il medico, a consigliare ai tisici di non sputare sul pavimento delle case o degli ospedali, potendo il polviscolo degli sputi disseccati, inspirato da individui predisposti, determinare la tubercolosi polmonale. E questo consiglio deve essere dato con maggiore insistenza quando si trovi un tisico in una famiglia disposta per la eredità alla tubercolosi.

Il socio BUSINELLI legge la seguente relazione inviata all'Accademia dal sig. *Luigi Marziani*, di

Sinigaglia sopra il caso di *protesi buccale*, presentato dallo stesso nella seduta straordinaria del 15 ottobre:

« Sig. Presidente: In seguito al benevolo invito ricevuto dalla S. V. nella seduta straordinaria di cotesta Accademia Medico-Chirurgica del giorno 15 corrente, mi fo premura d'inviarle la seguente succinta relazione del caso pratico di protesi buccale, che, per bontà e desiderio espresso da Sua Eccellenza il Ministro della Pubblica Istruzione, ebbi l'onore di presentare a cotesta illustre Società.

« Giacomo Sassaroli di Filottrano (Marche), dell'età di sessant'anni circa, venne colpito nel 1873 da grave affezione all'arco palatino in conseguenza di lue. Tale infermità iniziatasi sulla mucosa del palato molle con forma ulcerosa, distrusse in breve tempo completamente *ugola, velo pendolo, arco palatino*, e passò quindi sulla volta del palato dove, intaccata la parete ossea, ne distrusse buona parte. Proseguì pure su i *turbinati, vomere e setto nasale*; e ben presto dette ossa venivano eliminate come sequestro da processo di necrosi, producendo una enorme cavità. Nel medesimo tempo il malore si estendeva anche posteriormente fino a portarsi su i pilieri ed alla faringe. Da questo stato di cose derivava che la parola articolata dal Sassaroli era talmente confusa da riescire indeterminata e appena percettibile. Per l'impedita deglutizione, i cibi (e più che mai le bevande) rifluivano dal naso; e perchè ciò non accadesse, il Sassaroli era costretto ad inclinare il capo all'indietro affinchè i liquidi scorressero prontamente giù per l'esofago. Nel novembre del 1877 il Sassaroli veniva a me allo scopo d'interpellarmi se fosse stato possibile rimediare, con apparecchio artificiale, alla

sua grave infermità, quantunque a dir vero poco fiducioso, in conseguenza d'essersi udito ripetere per varii anni da qualche Odontoiatrico l'impossibilità di tale rimedio. Esaminaì allora attentamente lo stato patologico, e confesso che ne ebbi a risentire uno scoraggiamento per la tema di una non felice riescita; ma l'amore all'arte, e il sentimento di potere in parte alleviare da uno stato penoso l'individuo che su di me riponeva fiducia, mi fecero mettere all'opera con tutta buona volontà. Il Sassaroli, maestro elementare, e distinto sonatore d'oboè, reclamava dall'arte due apparecchi; l'uno valevole a migliorare la sua inintelligibile loquela, l'altro a permettergli di tornare nuovamente ad esercitare la professione di suonatore, che fino al 1873 gli aveva dato il modo di procacciarsi una più comoda esistenza. Oramai corre il quinto anno che coi mezzi di protesi il Sassaroli trovasi in grado di nuovamente esercitare ambedue le professioni.

« L'apparecchio per migliorare la favella non fu cosa molto difficile per lo scopo prefissomi. A seconda dei modelli del Prefferre e Delabarre, è in caoutchouc solido, e ripara all'imperfezione suddescritta nel seguente modo: modellato l'apparecchio ad otturatore sulla volta del palato, si fissa lateralmente ai due ultimi grossi molari col mezzo di due ali portanti due anelli circolari di oro. Alla parte superiore e convessa di detto apparecchio evvi un rialzo a forma di orlo dell'altezza di circa 30 millimetri, il quale si rovescia verso la sua parte convessa in modo da abbracciare il limite dell'apertura sulla quale è esattamente modellato, ed è posante sul piano della volta superiore del palato, perchè acquisti in unione ai citati anelli maggiore stabilità al suo posto. Il velo

pendolo ed ugola pure di caoutchouc solido, scendono come alla forma naturale, ed alla estremità dell'ugola stessa è fissata un'appendice di gomma elastica sottilissima a mo' di linguetta onde riescisse meno nasale l'emissione dei suoni della voce, potendo detta linguetta lambire la faringe senza fastidio, e dare uno spiraglio il più sufficiente al passaggio dell'aria senza arrecare incomodo alla libera respirazione.

« Il secondo apparecchio per suonare è costruito in modo da obliterare perfettamente il passaggio dell'aria per le coane. La mia prima idea fu di costruire un apparecchio otturatore, fisso ai grossi denti molari e ad incastro fino alla faringe. Questo però non poteva corrispondere per più ragioni: 1<sup>o</sup> perchè impedito il passaggio dell'aria da quella parte, l'individuo non avrebbe potuto più respirare per il naso, ma sibbene solamente a bocca aperta; 2<sup>o</sup> perchè la continua pressione di un apparecchio solido sulla faringe gli sarebbe stato intollerabile non solo, ma sarebbe stato causa d'inflammazioni e di lesioni con conseguenze anche gravi.

« In qual modo adunque applicare un apparecchio nelle condizioni in cui trovavasi il Sassaroli senza incorrere in dannosi effetti? Qui non esisteva da parte della volta palatina verun movimento apprezzabile dal quale avessi potuto trar vantaggio, e tornava quindi inutile pensare all'applicazione di un otturatore fisso con velo artificiale mobile a cerniera, i cui movimenti si operassero dalle residuali porzioni dei muscoli. La distruzione era tale che i movimenti dell'apparecchio dovevano venire necessariamente eseguiti solo dall'azione dell'aria espirata come forza motrice.

« Ora pertanto occorreva un apparecchio che por-



tasse l'occlusione perfetta dell'istmo naso-faringeo, e si aveva bisogno di un pezzo meccanico tale che agisse in modo rapido, certo e perfetto.

« Costrussi adunque il velo palatino in caoutchouc solido, formante parte integrale dell'otturatore medesimo.

« La parte che serve di otturatore è, nella sua superficie inferiore, liscia, leggermente concava ed abbracciante tutta la larghezza del palato sino a toccare i due margini gengivali. Posteriormente poi, dove appunto tali margini hanno termine e verrebbe a fissarsi il velo palatino, tale superficie prosegue sempre con andamento orizzontale fin quasi a toccare la parete posteriore della faringe, e si fa più ristretta e concava terminando con un leggero orlo che viene appunto a dargli la forma dell'estremo inferiore di un comune cucchiaino, ed abbraccia in tal modo tutto l'ambito del canale aereo colla sua parte concava rivolta in basso. In quanto alla superficie superiore dell'apparecchio, quella che guarda le coane, fu modellata esattamente sulla lesione che viene ad occludere, ed anche in questo, come nell'altro suddescritto, evvi una leggiera cresta che si solleva su detta superficie e va a mettersi a contatto coi margini dell'apertura, colla differenza però che, in questo apparecchio, detta cresta manca di quel labbro che nell'altro si è veduto rovesciarsi all'infuori per abbracciare i bordi della parte lesa, e posare al di sopra della volta ossea. Su detto rialzo invece, per mezzo di punti staccati di filo di seta, è fissato un bordo di gomma elastica del diametro di 7 millimetri in guisa che il medesimo, quando l'apparecchio è in posto, sporgendo in tutta la sua grossezza sopra l'accennata cresta, va a posare mollemente sulla parte

superiore della volta ossea. La rimanente porzione di tal superficie è convessa e liscia

« Ai lati dell'apparecchio, e precisamente ove corrisponde il termine del margine gengivale, invece degli anelli metallici, vi sono due ali che, girando prima verso la parte posteriore o libera dei due ultimi molari, poi un po' volgendo all'esterno, danno all'apparecchio stesso un leggiero punto d'appoggio.

« Allorchè l'apparecchio trovasi al posto, e gli organi vocali sono allo stato di riposo, il medesimo, stante il leggiero suo peso specifico, discostasi colla sua parte posteriore dalla faringe, lasciando uno spazio sufficiente al passaggio dell'aria che va alle narici. Quando invece gli organi vocali sono in azione, e l'individuo vuole spingere una colonna di aria completamente e direttamente dalla cassa toracica alla bocca, detta colonna, emessa con debole forza, incontra la parte inferiore concava del velo pendolo artificiale; fa ad esso eseguire un leggier movimento dal basso all'alto, ed allora ne deriva necessariamente che, il labbro posteriore dell'otturatore, mettendosi in perfetto contatto colla faringe, occlude esattamente l'istmo naso-faringeo. Cessata la spinta dell'aria, allora le parti tornano al primiero stato, e resta, fra l'apparecchio e la faringe, uno spiraglio sufficiente, come sopra è detto, a permettere la respirazione anche a bocca aperta.

« L'applicazione dei due descritti apparecchi è inoltre assai facile ed istantanea. »

Credo opportuno d'informare quelli fra i miei colleghi che non si trovarono presenti all'esperimento fatto la scorsa domenica in questa sala, che l'esito di esso fu oltremodo soddisfacente. Diffatti il Sassa-

roli, munito dell'apparecchio otturatore ideato ed eseguito dal chirurgo Marziani, poté non solo conversare con noi in modo da essere perfettamente compreso, ma altresì poté assai bene suonare qualche pezzo di musica tanto coll'oboè quanto col corno inglese. Così l'arte d'un tanto abile quanto modesto e disinteressato chirurgo-dentista ha ridonato ad un infelice la possibilità di tornare a procacciarsi col proprio lavoro i mezzi di sussistenza.

Per tale soddisfacentissimo risultato io propongo che l'Accademia :

1° Esprima un voto di encomio al Marziani inviandogli una lettera di ringraziamento e di elogio per la sua interessante comunicazione, avvertendolo che questa sarà pubblicata nel *Bullettino dell'Accademia*;

2° Incarichi il Presidente di far conoscere a Sua Eccellenza il Ministro della Pubblica Istruzione (il quale con lettera d'ufficio presentava il Marziani) che l'Accademia, presa cognizione del caso, apprezzava l'ingegno dal Marziani dimostrato e lo stimava degno di lode e d'incoraggiamento nei suoi studi.

Il PRESIDENTE: Domando all'Accademia se approva la prima proposta del prof. Businelli.

L'Accademia approva ad unanimità.

Il PRESIDENTE. Quanto alla seconda avverto che, come fu già detto dal Segretario, la Presidenza ha risposto d'ufficio a Sua Eccellenza appunto nel senso indicato dal socio Businelli.

Il socio GUALDI legge la seguente memoria: *Afonia isterica e sua cura speciale*:

L'afonia, ossia la totale mancanza del suono nella voce, dipende dalla mancanza di vibrazione nelle corde vocali, e perciò dalla deficienza avvicinamento e tensione di esse, che sono le condizioni indispensabili perchè dette corde sieno vibranti.

La mancanza della vicinanza, della tensione, della vibrazione, avvengono nell'isterismo dal disturbo funzionale dei nervi che influenzano i vari muscoli del laringe, e n'è di prova la subitanità dell'invasione, l'istantaneità del cessamento.

Mentre i patologi sono unanimi nel riconoscere siffatta generica, non s'intendono nel determinarne la specifica. Parve ad alcuni di scorgervi lo spasmo, ad altri la paralisi, chi la riferì all'affezione dello spinale, chi ne fece complice anche il vago, taluni l'attribuirono al laringeo inferiore o ricorrente, tali altri al laringeo superiore, per certuni son causa i muscoli costrittori, per certi altri i muscoli dilatatori, vi fu infine chi considerando l'afonia isterica per effetto dell'aridità della muccosa laringea, la riferì allo spasmo vasale per angionevrosi.

Diede motivo alla discrepanza delle opinioni la difficoltà d'interpretare il disturbo funzionale del laringe, dove la fonazione è esercitata da più parti, ciascuna delle quali ha un'azione speciale, ed una innervazione tutta propria; crebbe poi la difficoltà dell'interpretazione dalle non poche incertezze dei notomisti e dei fisiologi sulla origine e sugli attributi dei nervi spinali e pneumo-gastrici, dai rami dei quali è animata l'azione dei muscoli laringei.

Il Longet, il Bischoff, il Rosenthal, il Luschka, lo Schech, l'Heindenhein, il Fraenkel, lo Ziemssen, lo

Steiner, lo Steffen ed altri della scuola tedesca son di avviso che il pneumogastrico e l'accessorio del Willis siano un solo ed unico paio di nervi bulbari, avente due origini distinte, da una delle quali partono le fibre esclusivamente sensitive, dall'altra le fibre assolutamente motrici, perciò secondo costoro l'afonia delle isteriche, che incontestabilmente si fonda nell'altezzazione dei movimenti, si riferirebbe ad innormalità dei spinali, origine esclusiva della facoltà motrice. All'opposto Claudio Bernard ed i suoi seguaci, ma specialmente lo Chaveau, dimostrarono con altri sperimenti che il vago, indipendentemente da ogni rapporto collo spinale, sin dall'origine sia nervo di senso e di moto, e che la facoltà motrice gli sia soltanto rafforzata dagl'invii del suo alleato; quindi nell'afonia isterica, secondo costoro, anch'esso direttamente potrebbe avere la sua parte.

Il rapporto adunque dell'innervazione coll'afonia sarà diversamente interpretato, secondo che verrà giudicato dai seguaci dell'una o dell'altra scuola, il che prova che l'anatomia e la fisiologia accrebbero le incertezze sulla causa prossima di questo morbo.

A rischiarare l'argomento non giovò gran fatto il raggio di luce che in questo secolo v'introdusse la laringoscopia. Conciossiachè per essa si conobbe che nell'afonia isterica le corde vocali sono costantemente allontanate, e che a ravvicinarle non sono valevoli i più forti conati della fonazione (Gouguenheim), ma non si seppe se questo allontanamento sia l'effetto di una forza o di una impotenza, della contrattura spastica dei dilatatori laringei, ovvero della paralisi dei costrittori, in conseguenza le incertezze rimangono sempre, e l'orizzonte dopo la suddetta scoperta non venne punto rischiarato.

Alla ricerca di questa incognita, o a meglio dire a riconoscere se l'afonia delle isteriche sia a fondo paralitico ovvero spastico, intrapresi lo studio che ora vi espongo, nel quale mi proposi di rivedere in proposito l'opinione della maggioranza dei nevroptologi, giudicandola non solamente collo stato fisico delle corde vocali durante l'afonia, ma eziandio colle condizioni delle parti vicine, legate alle valvole laringee con vincolo strettissimo d'innervazione; e di consultare l'oracolo dello sperimento nel tempio stesso della terapia, per sapere se alla guarigione dell'afonia isterica giovino d'avvantaggio gli antiacinetici, ovvero gli antispastici.

Non credo che vi sia mai stato veruno il quale abbia potuto immaginare che l'afonia delle isteriche avvenga sempre in uno stesso modo, e per gli stessi efficienti. Per poco che si rifletta quante condizioni debbano concorrere perchè la voce sia sonora, quanto variabili esser possano gli effetti della influenza isterica, tosto si ravvisa che l'unicità della causa prossima è improbabile, il supposto inverosimile.

Ma la diversità possibile di modo o di efficienza non toglie che debba pur esservi un tipo genetico, vale a dire una morbosa condizione dei muscoli laringei che più spesso di ogni altra sia causa della detta afonia, di guisa che essa ne sia la regola generale, gli altri modi ne siano l'eccezione.

S'intende bene che io non debba occuparmi di ciò che accade eccezionalmente, perciò le mie osservazioni risguarderanno soltanto le condizioni dalle quali ordinariamente l'afonia suol derivare.

Il punto di partenza delle mie indagini è l'allontanamento delle corde vocali, e l'impossibilità di riavvicinarle. Questi fatti sono incontestabili, e oramai riconosciuti da tutti.

L'abduzione di esse il più delle volte è bilaterale, in qualche caso soltanto è di un solo lato.

Non potrei dire se l'osservazione del Gouguenheim sia costante, che cioè l'abduzione delle corde laringee si verifichi soltanto nelle afonie nervose, mentre in quelle organiche avvenga l'opposto, ossia la loro adduzione. Nell'ultimo trattato (1883) sulle malattie nervose dell'Axenfield trovo riportata questa osservazione, lo che mi fa vedere che l'illustre professore della patologia medica a Parigi l'abbia giudicata meritevole di considerazione. Se questa osservazione sarà confermata avremo un prezioso segno fisico per giudicare a priori se si abbia a fare coll'una o coll'altra provenienza.

La maggioranza dei nevropatologi è di parere che l'afonia isterica avvenga in genere per la paralisi dei muscoli tensori delle corde vocali e dei costrittori laringei, cioè dei crico-tirodei, dei tiro-aritenoidei, dei crico-aritenoidei laterali, degli ari-aritenoidei: sono pochissimi coloro che la riferiscano invece alla contrattura spastica del dilatatore, ossia del crico-aritenoideo posteriore, il qual muscolo se è solo è pure il più forte fra tutti i muscoli intrinseci del laringe.

Senza dubbio la prima idea che viene alla mente dall'allontanamento delle corde vocali è che manchi la forza alle parti che dovrebbero tenderle ed avvicinarle, ed immagino ch'essa appunto abbia distolto i nevropatologi a bene studiare l'aspetto di esse corde, poichè dall'accurata osservazione non sarebbe loro sfuggito che il detto aspetto non è punto conforme all'idea unica della paralisi nei muscoli tensori e costrittori, ed avrebbero veduto apertamente l'opera di un agente attivo impegnato colla sua forza a tenerle

allontanate, non che l'insufficienza degli agenti opposti per contrapporvisi e per superarla. Si vede infatti al laringoscopio che veramente cogli sforzi della fonazione le corde suddette non si avvicinano, ma nemmeno restano immobili, ed il conato della tesione e del ravvicinamento è rivelato da una specie di ondulazione, la quale apertamente dimostra l'azione di un agente attivo, reso impotente da un altro più di esso vigoroso

Meglio poi apparisce il fatto se si faccia attenzione allo stato fisico di quelle valvole fuori di ogni sforzo volontario, poichè esse allora si veggono anzichè floscie e cascanti, resistenti e retratte; lo che non avverrebbe davvero se ogni cosa si riducesse alla sola detta paralisi.

Questa idea adunque della maggioranza dei nevropatologi vuol essere riveduta, perchè col concetto unico della paralisi dei tensori e dei costrittori non si trova ragione di alcuni fatti che si accompagnano all'afonia delle isteriche.

È vero che spenta la vita dei costrittori e non dei dilatatori i diaframmi laringei rimarrebbero in balla dei secondi, i quali non trattiene più dal freno dell'antagonismo se ne renderebbero arbitri assoluti; ma ciò appunto ci significa che colla supposta paralisi bisogna ammettere un altro efficiente, che non passivamente, bensì attivamente allontana le corde vocali e che perciò se queste, per l'acinesi dei costrittori non possono avvicinarsi, per l'ipercinesi dei dilatatori sono a viva forza allontanate.

Vi è poi un'altra circostanza che fa vedere quanto debbasi considerare il grado di questa seconda forza. Tolto l'antagonismo di azione fra costrittori e dilatatori, i secondi che ne raccolgono l'eredità sono



portati ad un'azione continua, ma la continuità dell'azione conduce allo spasmo, perciò spastica è la loro contrattura, lo che vuol dire azione altrettanto più gagliarda.

Se ora si rifletta alla robustezza di tessitura del crico-aritenoideo posteriore, superiore di molto a quella di tutti i muscoli tensori e costrittori laringei, per la qual robustezza il detto muscolo dilatatore è atteggiato ad esercitare un'azione considerevole, si riconoscerà di leggieri quanto grande dovrà essere la sua forza messa a prova dai coefficienti sopraindicati, e quanto grande sarà la sua supremazia sull'altro elemento che insieme concorre alla produzione dello stesso effetto.

All'afonia isterica adunque iniziata colla paralisi segue lo spasmo, e lo spasmo che in linea di successione sarebbe secondario, in ordine di grado è il fattore principale dell'allontanamento delle corde vocali, ch'è la causa prossima di essa afonia.

Ma non è mica scritto che la contrattura spastica dei dilatatori debba essere sempre effetto della paralisi dei costrittori, e non giammai figlia naturale dell'isteria, anzi se debbo manifestare il mio debole avviso, ad essa ne spetta bene spesso la primogenitura. Fate che ve la dimostri.

L'anestesia laringea, che il più delle volte si associa all'afonia isterica, non prova a favore dell'origine paralitica di questo morbo, poichè se non può negarsi che la detta anestesia si possa trovare congiunta colla paralisi, è indubitato che bene spesso si osserva colla contrattura; che anzi l'Axenfeld nell'aureo suo trattato sulle malattie nervose (1883) pag. 1001, la designa a carattere generale per riconoscere che la contrazione sia positivamente di origine isterica.

Vi sono poi argomenti di fatto che senza verun dubbio rivelano la condizione primaria di detta contrattura.

I rapporti nervosi del laringe col faringe ed esofago, non sono sconosciuti agli anatomici. Queste tre parti sono animate dai stessi nervi, cioè a dire dal laringeo superiore, e dal ricorrente, tanto che la contrattura dell'uno vuol significare contrattura dell'altro. Ora debbo dire che la natura spastica dell'afonia isterica fu da me dedotta la prima volta appunto dalla contrattura del faringe e dell'esofago. Bene intendete che se la contrattura fosse secondaria alla paralisi dei muscoli laringei, non sorpasserebbe i confini del laringe, ma sarebbe limitata al luogo dove scomparve l'antagonismo. Giova narrare il fatto.

Nel 1878 fui invitato a visitare una signora nel monastero di S. Cosimato, la quale era afona da un mese, e da quel tempo provava una certa difficoltà nel fondo delle fauci al passaggio del cibo e delle bevande. Fu convulsionaria da giovinetta, e di poi soffrì disturbi nevralgici nelle ricorrenze. Aveva le fauci leggermente iperemizzate, e nel comprimere colle mie dita il laringe e la regione sotto mentale, mi avvidi che il derma in più punti era ivi anestetico. Ebbi allora sospetto che questi incomodi fossero di origine isterica, e per accertarmene introdussi il mio dito nelle fauci, e difatti trovai che al laringe era abolita ogni eccitabilità riflessa, per cui il mio sospetto si convertì in certezza. Mi prese allora la curiosità di vedere fin dove arrivasse l'anestesia, e perciò diressi il mio dito in basso più che potevo, ma tosto m'incontrai in una strettura che a guisa di cingolo me ne impedì l'avanzamento, e ben mi accertai esser essa prodotta dalla contrazione del costrittore inferiore del faringe.

Allora l'inferma mi soggiunse che ivi appunto ella provava l'ostacolo al passaggio delle sostanze ingoiate. L'associazione dell'afonia colla contrattura del muscolo faringeo, innervato dallo stesso nervo del laringe, mi fece riconoscere che anche l'afonismo fosse sorretto da una condizione consimile, per cui per la prima volta istituii la cura antispastica che indicherò in appresso, e con cui essa guarì di ogni incomodo in brevissimo tempo.

Se col rimedio antispastico cessò nello stesso tempo e l'afonismo e la contrattura del faringe, bisogna riconoscere che l'essenza dell'uno e dell'altro fatto sia stata la medesima, e da ciò che si disse di sopra si deve inferire che la contrattura del muscolo dilatatore non sia stata secondaria, ma primaria.

Ed è dal successo dei rimedi appunto che intendo desumere l'ultima prova di fatto per dimostrare che l'afonismo anzichè essere di fondo paralitico, come lo giudicò la maggioranza, sia di natura spastica.

È antico adagio che come dal riconoscimento della causa si può riconoscere qual sia la natura degli effetti, così dalla cognizione degli effetti si può rilevare la natura della causa.

È accertamento di febbre palustre la piressia debellata colla chinina, ma è pure argomento di virtù antimiasmatica nella chinina il buon successo per essa conseguito nella febbre palustre. È dimostrazione di siflide la forma morbosa che sparisce collo iodio e col mercurio, ma una forma sifilitica che sparisca coi detti farmaci è prova che questi posseggono l'azione antisifilitica.

Nello stesso modo un farmaco fornito di virtù antispastica bene accertata, che guarisce l'afonia è di argomento certo che questa dipende da spasmo;

come è prova sicura che il farmaco possieda questa virtù antispastica se altri morbi d'incontestabile spasmodia per esso sollecitamente spariscono.

In queste condizioni io vi presento l'assa fetida, la cui virtù antispastica è dimostrata a pieno giorno dai brillanti successi che per essa si ottengono nella laringite stridula, nell'asma nervoso dell'Hoppe, e colla quale *costantemente, completamente e sollecitamente* guarii ogni caso di afonia isterica a me presentato.

La scoperta della virtù antispasmodica non è nuova, ed il riconoscimento n'è universale. Da Dioscoride, che fu il primo a preconizzarla, dal Boerhawe che dichiarò di non conoscere migliore antispastico di essa, dal Sydenam, dal Whytt che ne riferirono i meravigliosi effetti nelle spasmodie e nelle convulsioni, al Posner, al Bucheim, al Dujardin Beaumetz, al Nothnagel, al Gallois che sono recentissimi scrittori di terapia, la detta azione della gommoresina è unanimemente confermata.

Ora quale mai potrà essere il vostro giudizio sul fondo dell'afonia, che sparisce subitamente coll'uso di un antispastico.

Prima di pronunciarvi uditeme alcuni casi.

La monaca di S. Cosimato, che vi dissi avermi dato l'occasione per riconoscere la natura spastica di questo morbo, ricuperò la fonazione dopo sole otto ore di cura. In altri nove casi che me n'occorsero, la guarigione avvenne dopo sei ore in due, dopo dodici in cinque, dopo diciotto in una, al quarto giorno in una, ma la quale per speciali circostanze, che narrerò in appresso, mi presentò il caso più brillante di ogni altro. V'intratterò con due storie soltanto, perchè in esse l'effetto del nuovo rimedio fu a confronto con quello ottenuto da altri mezzi già adoprati per combattere il supposto fondo paralitico.

Sulla metà di aprile dell'anno corrente entrò nell'ospedale di S. Giovanni, una giovine di 21 anni, pallida, semicachettica, afona, che alla prima visita mi presentò un biglietto di un mio collega amico col quale la mi era raccomandata caldamente, e mi si preveniva essere essa affetta da granulosi polmonale. Infatti la vidi ansante, tossichiosa ed emetteva sangue collo sputo, per cui mi parve al primo momento che non valesse la pena nè a me nè a lei d'istituirne l'esame obiettivo per constatare l'esattezza della diagnosi. Scorgendo forse essa la mia indifferenza mi si raccomandò caldamente, rappresentandomi la sua giovinezza, e soggiungendomi di voler vivere per la mamma, alla cui sussistenza aveva di già sacrificato la salute. Queste parole mi giunsero al cuore, ne presi vivo interessamento, ascoltai il suo petto e con mia grande sorpresa non vi ritrovai ragione fisica del suo stato: nei giorni seguenti ne ripetei la prova, ed il risultato fu sempre negativo, e mentre mi disponeva deferire il giudizio sul morbo al risultato della osservazione laringoscopica, la suora ospitaliera di assistenza alla mia sezione m'informò che nella notte precedente l'inferma fu assalita da fortissime convulsioni, le quali dai caratteri narratimi ravvisai essere state di forma istero-epilettica. Entrai allora in sospetto, per il risultato negativo della precedente ispezione polmonale, che anche l'afonia, l'affanno, lo sputo di sangue, ecc., fossero di origine isterica, per cui a questo indirizzo rivolsi ogni indagine, da cui rilevai che vari punti del derma nella regione sottoioidea erano anestetici, e del tutto anestetico era il laringe, per cui quella previsione fu pienamente confermata, e non v'era più dubbio che l'afonia e gli altri fenomeni morbosì fossero devo-

luti all'isterismo. Gli prescrissi perciò la pozione che altre volte adoprai con successo per l'afonismo, composta di assa fetida grammi 8, di acetato d'ammoniaca grammi 30, di siroppo semplice 30, di acqua 90, ed ingiunsi all'inferma di prenderne un cucchiaino da caffè ogni mezz'ora. Non decorsero nemmeno 12 ore che l'afonia, l'affanno, la tosse, lo sputo sanguigno scomparvero del tutto, rimanendole soltanto le convulsioni, delle quali guarì dopo qualche tempo. Sulla fine di giugno l'inferma uscì dall'ospedale colorita e robusta senza verunissimo incomodo.

Se non che decorso appena un mese dalla sua uscita, ritrovai questa giovine nella sala elettro-terapica dell'ospedale mentre il valente nevropatologo Ezio Sciamanna la sottoponeva all'elettricità. Essa mi narrò che 20 giorni dopo la sua partenza dall'ospedale fu assalita nuovamente dalle convulsioni, e dall'afonia, e che già da qualche giorno era sottoposta a quel trattamento, dal quale non solamente non aveva conseguito verun vantaggio per l'afonia, ma invece vi aveva sensibilmente peggiorato, per cui mi scongiurò di prescriverle nuovamente quel farmaco, con cui altra volta, in un subito, fu da me guarita. Avendo lo Sciamanna acconsentito che soddisfacessi a questo desiderio, all'indomani mi recai dal professor Lanzi, nella cui sezione si trovava l'inferma, per ottenerne il permesso, ed avutolo, la sottoposi alla stessa cura. I due citati colleghi, che per fortuna trovo qui presenti, possono attestarvi che l'inferma nella sera istessa di quel giorno aveva ricuperato perfettamente la sua voce.

Dall'ufficio municipale d'igiene nell'agosto p. p. fui destinato all'assistenza medica delle povere ricoverate nell'Ospizio del Monte Celio. In questa poco

grata destinazione fui fortunato d'ivi incontrarmi in un caso di afonia che, per la diuturnità del corso, per l'insufficienza di azione dimostrata dai rimedi di ogni specie, fu l'esempio più brillante di quanti fino allora me ne erano occorsi. All'assistenza di quelle infelici, trovai una giovane suora della carità, di bel colore, e ben tarchiata, la quale era del tutto afona, e non so se per gli stessi sforzi della fonazione, o per altra causa diretta sui muscoli respiratori, aveva anche il respiro ansante ed affannoso. Da quattro mesi circa fu chiamata a Roma dall'educando di Regina Coeli in Napoli dove era stata insegnante, e fu destinata all'assistenza delle invalide appunto perchè per la sua afonia non avrebbe potuto soddisfare altro ufficio. L'afonia era sorta in un subito, e durava da tre buoni anni senza interruzione nemmeno di una sol' ora. Erano stati apprestati rimedi di ogni genere e prescritti dai più valenti medici di Napoli, senza averne ottenuto il minimo risultato, a segno che come consiglio finale le fu detto di non fare più nulla, perchè dai rimedi non fosse compromessa la sua buona salute. Fu convulsionaria nella sua prima età, soffrì spesso nevralgie nelle ricorrenze, e soltanto da sei mesi la respirazione le si rese difficile. Aveva anestesia cutanea in varii punti dalla regione submascellare; il laringe era anestetico, le fauci erano ristrette inferiormente per la contrazione del costrittore inferiore del faringe, onde ebbi certezza che il tutto dipendesse da isterismo, e che perciò dovesse sanare.

All'annunzio che io l'avrei guarita in breve tempo, ma con un farmaco nauseante, ella se ne rise, tanto era sfiduciata dalle cure fattele. Alle mie insistenze, e più che a queste al comando della superiora alla

fine cedette e prese l'assa fetida nello stesso modo che indicai nell'altro caso. All'indomani era tuttora afona, ma notai che ella emetteva la voce con assai minore difficoltà di prima. Al terzo giorno la voce non era più afona ma rauca, al quarto era perfettamente sonora, con grandissima ammirazione di quanti l'avevan conosciuta.

Decorso un mese dalla guarigione, ed avutone io perciò lo accertamento, condussi all'ospizio suddetto il dott. Gennari perchè fosse testimonio di quanto ho narrato, il quale, dopo avere udito dalla suora, la storia della malattia, dei mezzi innumerevoli che per due anni invano furono adoperati, e della guarigione seguita in breve tempo coll'uso del farmaco da me somministrato, rimase talmente ammirato da confessarmi che chiunque altro gli avesse narrato quella storia, egli non lo avrebbe creduto o per lo meno avrebbe sospettato dell'esagerazione.

Se adunque colle generose somministrazioni dell'assa fetida, l'afonia delle isteriche sparisce in breve tempo; se questo risultato si raggiunge eziandio nei casi dove gli altri mezzi i più razionali ed i più potenti non riescono; se l'azione antispasmodica di questo farmaco è incontestabile, come indubitabile, la virtù elettiva di esso sul laringe, dobbiamo inferire che dell'allontanamento delle corde vocali lo spasmo sia l'efficiente principale. che i muscoli dilatatori ne siano la sede, e che perciò l'opinione della maggioranza sulla genesi paralitica di questo morbo debba essere in qualche modo emendata.

In seguito di ciò ecco le conclusioni che vi presento :

1° Nell'afonia isterica è accertata l'abduzione delle corde vocali.



2. La detta abduzione, non che la impossibilità di superarla coi sforzi della fonazione, possono avere la prima origine sì dalla paralisi dei costrittori, sì dalla contrattura dei dilatatori, non che dall'uno e dall'altra insieme.

3. Ragioni e fatti ci portano a credere che lo spasmo dei dilatatori intervenga sempre, benanche la malattia abbia esordito colla paralisi dei costrittori.

4. Lo spasmo dei dilatatori può stare senza la paralisi dei costrittori, non la paralisi senza lo spasmo.

5. L'assa fetida ne è il rimedio sovrano perchè la sua virtù antispastica direttamente si spiega sul laringe dov'essa ha un'azione elettiva.

6. Per raggiungere sollecitamente la guarigione dell'afonia il detto farmaco va somministrato a grandi dosi, e la somministrazione ripetuta a brevi intervalli.

Sarò ben lieto se la mia opinione sulla etiogenesi dell'afonia isterica sarà da voi giudicata favorevolmente, ma quando pure me ne provaste l'errore, ne sarei soddisfatto, perchè dovrei ad esso certamente lo avere adoperato un farmaco, il quale poi coi suoi successi brillantissimi si rivelò il più efficace di ogni altro mezzo per guarire l'afonia delle isteriche.

Il socio TASSI: In conferma dei fatti narrati dal collega dott. Gualdi, io potrei citare uno spasmo laringeo con sintomi di oppressione gravissima della respirazione, avvenuta in una isterica e guarita coll'uso dell'assa fetida, dopo essere riusciti inutili vari altri espedienti.

Il socio MAGGIORANI: Mi permetta il socio Gualdi di manifestargli due impressioni spiacevoli da me

ricevute dalla lettura della sua dotta memoria. La prima è che nella lunga citazione di autori ch'egli fa, non si è punto curato di noverare alcuni dei nostri italiani che scrissero pure molto sull'azione terapeutica dell'assa fetida. Questo mezzo di ricorrere sempre all'autorità straniera, dimenticando i lavori nazionali, è un difetto di noi italiani e che mi dispiace di dover rilevare nello scritto del dott. Gnaldi.

Una omissione ho poi notato, che non avrei forse il diritto di deplorare, se l'amore della paternità non me ne facesse un dovere. Intenderà il dott. Gualdi che io voglio parlare della magnete, la cui applicazione a scopo diagnostico, in casi dubbi d'isterismo, non dovrebbersi trascurare, perchè è un mezzo che non fallisce quasi mai.

Il socio GUALDI: In risposta al mio maestro, ed ora mio opponente, debbo con esso confessare e deplorare nello stesso tempo, che pur troppo i scrittori italiani dimenticano bene spesso le illustrazioni scientifiche della loro patria, e preferiscono arricchire i loro scritti con citazioni straniere, anzichè patrie, concorrendo in tal modo a lasciare nell'oblio i loro nazionali benemeriti della scienza.

Ma io credo che non a ragione egli rivolga verso di me tale accusa, in quanto che è vero che io non abbia messo fuori il nome di un solo italiano, ma è pur vero che io parlai soltanto di trattati recenti di terapia, ed in questo argomento confesso di non conoscere illustrazioni viventi che costituiscano una autorità nella nostra penisola, e che abbiano, non compilato, ma svolto con originalità opere di questo genere.

Riguardo poi all'eccezione fattami per avere omesso

lo sperimento della magnetizzazione, debbo dire anzi tutto che di questo sperimento io mi sono servito e con reale profitto nei casi veramente dubbi d'isterismo, ciò che comprova la esattezza delle osservazioni fatte dal mio illustre maestro; ma in quelli da me indicati nella mia tesi, mi parve così manifesta la forma, da non avere bisogno di questo sperimento. E mi dorrebbe molto che il Prof. Maggiorani fosse dubbioso, se l'afonia delle suddette inferme, anzichè di origine isterica, sia stata di origine organica; mentre seppur egli non vorrà attendere alle note da me indicate in ciascun caso con cui comprovai la origine isterica, dovrebbero bastare il solo fatto della istantaneità della invasione, e della subitanità del cessamento per escludere ogni dubbio e per riconoscere che quelle forme morbose non potevano essere per certo di origine organica.

Il socio MAGGIORANI: Non ho inteso di sollevare dubbio alcuno sulle forme isteriche indicate dal Gualdi, essendone troppo chiare le note, soltanto ho voluto ricordare un mezzo di esplorazione infallibile nel desiderio, forse un po' egoistico, che da miei colleghi se ne voglia tener più conto. Debbo anzi ringraziare il mio collega che ad un tal mezzo ebbe ricorso, com'egli ha detto, nei casi dubbi d'isterismo.

Il socio MAIocchi fa la seguente lettura: *Esperimenti fisio-patologici coll'olio di Crotontilium nell'Erpete tonsurante.*

Gli effetti fisio-patologici provocati dall'azione irritante dell'olio di Crotontilium sulle chiazze di erpete tonsurante mi hanno condotto a riconoscere alcuni

fatti, a mio avviso, importanti a chiarire la patogenesi del Kerion Celsi.

Nei limiti di una comunicazione preventiva mi affretto a mettere in chiaro che tali ricerche sperimentali hanno avuto per iscopo di studiare le condizioni che favoriscono il passaggio dell'erpete tonsurante in Kerion, e a stabilire con maggiore esattezza in che senso devesi intendere il fatto della contagiosità (negato da alcuni) di quest'ultima grave forma tricotifica, vale a dire, se dessa possa trasmettersi direttamente, ovvero se prima debba passare per l'altra forma di micosi tonsurante.

Innanzi però che io entri a parlare dei risultati ottenuti con questi esperimenti, non posso dispensarmi dal fare qui una breve dichiarazione. — Nel 1879 non appena ebbi istituite le mie prime esperienze, ne partecipai i risultati al prof. Schilling primario dell'ospedale di S. Gallicano, il quale avendole ripetute con lo stesso metodo, volle pubblicarle nel suo rendiconto Statistico-Clinico dell'anno 1879, facendo conoscere i vantaggi della cura coll'olio di Croton nell'erpete tonsurante, e in pari tempo dimostrando come in qualche caso si possa per l'azione irritante di questo rimedio provocare il Kerion. Dalle brevi notizie fornite dal rendiconto del prof. Schilling, taluni furono d'avviso che io avessi adoperato l'olio di Croton a semplice scopo terapeutico, ignorando la pratica ben nota del Ladreit Lacharrière nella cura delle tigne mercè il suo cerone al croton-tiglio.

Ora io devo dichiarare che tale applicazione fu da me fatta sotto ben altra veduta che non quella terapeutica del Ladreit. L'olio di Croton fu da me adoperato a scopo d'irritare la pelle, accendere un pro-

cesso irritativo nel follicolo pilifero, e provocare quindi lo sviluppo artificiale del Kerion.

Questa veduta teoretica mi venne suggerita da alcuni fatti accidentali osservati durante il mio assistentato nell'ospedale di S. Gallicano. Nei fanciulli affetti da tigna tonsurante assoggettati alla cura depilatoria, e alle frizioni col sapone verde, mi avvidi più volte che sopra qualche chiazza di erpete tonsurante sorgeva il Kerion. Si deve poi tenere conto di una circostanza, ed è che tale cambiamento di forma avveniva in qualche caso non appena iniziata la cura e in qualche altro dopo quattro o cinque mesi di dimora nell'ospedale sotto l'ordinario trattamento.

Come fatto clinico era già noto da molto tempo che il Kerion rappresenta uno stadio ulteriore dell'erpete tonsurante, e il Wilson e il Talbury Fox avevano fermata la loro attenzione sopra questa successione morbosa della micosi tonsurante.

Per assodare meglio questo fatto d'osservazione empirica volli tentare la prova sperimentale, vale a dire, preparare le condizioni opportune per effettuare questa metamorfosi.

A tale scopo una prima serie di esperienze fu da me intrapresa nel 1879 sopra due fanciulli dai 7 ai 12 anni, affetti da erpete tonsurante, e ricoverati per malattie chirurgiche nell'ospedale di S. Giacomo in Augusta.

Per tali esperienze volli servirmi dell'olio di Croton o assoluto o mescolato a parti uguali coll'olio di mandorle dolci, frizionando con esso sulle chiazze dell'erpete tonsurante, i di cui risultati riferirò in complesso, riservandomi in altro lavoro di parlarne più diffusamente.

Dopo due sole frizioni praticate coll'olio di Croton assoluto sulle chiazze di erpete tonsurante, si accese un processo d'intensa dermite, tanto che se ne dovette sospendere l'applicazione.

La cute del capillizio era tumida, arrossata, dolente ricoperta da piccole pustole, da abrasioni dell'epidermide, e da ulcerazioni superficiali; lesioni tutte però che, mercè l'uso degli emollienti vennero a risoluzione completa nello spazio di 20 giorni. Di tanto in tanto però tornavano a formarsi nuove pustole, seguite da distacco dei capelli. Ripresa la cura col metodo ordinario, nello spazio di due mesi si poté assistere alla guarigione completa della chiazza di erpete tonsurante.

Non avendo però ottenuto lo scopo prefissomi, vale a dire, lo sviluppo del Kerion, passati alcuni giorni volli ritentare la prova sopra altre chiazze di erpete tonsurante non ancora assoggettate ad alcun trattamento.

Questa volta però, onde mitigare l'azione troppo irritante dell'olio di Croton, fu esso mescolato a parti eguali coll'olio di mandorle dolci, e ogni due giorni se ne praticava una frizione, in modo però da non lasciare visibilmente untuosa la chiazza.

Dopo la terza frizione, la cute della chiazza erpetica in ambedue i casi si scorgeva iperemica e leggermente tumefatta: gli sbocchi dei follicoli si facevano assai appariscenti ed alquanto rilevati. Oltre a ciò vi era forte prurito. Furono continuate le stesse frizioni in uno dei fanciulli, e furono risparmiate all'altro.

Nel primo si ebbe a notare un'eruzione pustolosa e in qualche punto ulcerazione della pelle favorita anche dal grattamento: frammisti alle pustole vi

erano dei nodi pustolosi conici, duri, aggruppati in numero di due o tre che somigliavano a quelli della *Sicosis capilliti*. Sotto una moderata pressione davano una goccia di liquido purulento: le singole pustole si coprivono di croste spesse, di aspetto grigiastro e di odore nauseante di sostanze irrancidite. Abbandonate le frizioni, si fece prima la cura emolliente, e quindi si passò a trattare la malattia col metodo ordinario.

Intanto ecco ciò che si veniva di giorno in giorno osservando, nell'altro fanciullo a cui furono praticate tre sole frizioni di olio di Croton.

La chiazza, sede di esperimento, mostrava gli effetti progressivi dell'azione irritante provocata dall'olio di Croton. Difatti due giorni dopo l'ultima frizione detta chiazza acquistava un colorito rosso-pallido accompagnato da leggiera tumefazione della cute, da manifesta dilatazione degli sbocchi dei follicoli, da formazione di vescico-pustole, in specie alla periferia della chiazza. Sopraggiunse ancora una leggiera febbre, dopo la quale si ebbe a notare una intumescenza rossastra di tutta quanta la chiazza e a tutta spessezza della cute, appianata, dura, assai dolente, di superficie ineguale quasi verrucosa o granulosa, pertuggiata da una miriade di forellini che, sotto una leggiera pressione, lasciavano uscire un liquido alquanto giallognolo, filante, vischioso. I peli si distaccavano facilmente insieme alle loro membrane pellucide e rigonfie.

In una parola vi era tutto il quadro classico del Kerion Celsi. Dopo tre giorni la secrezione mucoide si faceva più abbondante e tramandava un odore disgustoso, a moderare il quale furono praticate lavande con acqua tiepida fenicata.

Non starò qui a riferire con minuto dettaglio il corso della malattia: dirò soltanto che dopo qualche giorno applicai la pasta canforata del Beau, secondo la pratica del prof. Schilling, e in due settimane il Kerion venne a guarigione.

Tale risultato mi sembrò a prima giunta tanto evidente e opportuno a dimostrare il passaggio dell'erpete tonsurante in Kerion, che io volli subito parteciparlo al prof. Schilling, perchè volesse ripetere le esperienze con lo stesso metodo sopra i tignoselli accolti nell'ospedale di S. Gallicano. Difatti nel suo rendiconto Statistico-Clinico del 1879 a pag. 164, si trova l'elenco dei 15 nomi « di coloro che vennero sottoposti a questo (come egli lo chiamò) nuovo trattamento curativo. » I soggetti di esperimento furono tutti fanciulli e fanciulle dai 5 ai 12 anni, nei quali la cura coll'olio di Crotonilium riuscì sempre più breve di quella che si fa coi mezzi ordinari.

Dissi più sopra che anche lo Schilling fece uso di questo rimedio più per scopo terapeutico che per esperimento fisio-patologico.

Ma non è questo che a me importa far qui notare: voglio piuttosto mostrare come l'irritazione destata sulla pelle dall'azione di questo rimedio valesse in un caso a provocare lo sviluppo del Kerion.

A prima giunta reca meraviglia questa piccola proporzione di risultati, 1 su 15; ma più tardi dirò le ragioni di questo fatto che potrebbe sembrare un'accidentalità. E intanto vengo a riassumere brevemente la storia clinica del caso, quale trovasi esposta nel rendiconto Statistico Clinico del prof. Schilling.

« Anna Sansoni, di anni 12, romana, venne all'ospedale per farsi curare da una chiazza di erpete ton-



surante, di figura circolare, del diametro di 6 centimetri, che occupava la regione parietale destra. Assoggettata alla cura delle pennellature di olio di Croton, dopo alcuni giorni si ebbe a notare lo sviluppo del Kerion sulla descritta chiazza. Fu subito incominciato il trattamento il giorno 18 ottobre 1879 con lavanda deterensiva e con medicatura emolliente. Dopo una settimana fu spalmata la pasta di canfora del Beau sulla placca del Kerion, e rinnovata in seguito più volte, fino al 7 novembre in cui volle lasciare l'ospedale.

« Alla guarigione del Kerion tenne dietro la formazione di piccoli ascessi nella periferia della chiazza, dovuti alla costituzione linfatica della fanciulla, che però mercè apposita cura in poche settimane vennero a risoluzione. »

Negli altri casi, trattati con le stesse pennellature di olio di Croton, lo Schilling confessa di avere ottenuto solamente lo sviluppo di pustole o di vescicopustole, di cui talune davano luogo ad ulcerazione superficiale della pelle.

Tanta povertà di risultati ottenuti dalle esperienze mie e dello Schilling ha più volte fatto domandare a me stesso: « Perchè l'azione di uno stimolo sopraggiunto sia accidentalmente, sia sperimentalmente sopra una chiazza di erpete tonsurante, qualche volta dà luogo allo sviluppo del Kerion con tutti i suoi caratteri, e spesso volte produce semplici forme di dermati? Quali altre condizioni si richiedono per avere lo sviluppo di questa manifestazione della polimorfia tricofitica? »

Per rispondere a tali domande era d'uopo intraprendere nuove esperienze; ad effettuare le quali, l'occasione non mancò a fornirmi altri casi di erpete tonsurante.

Ma questa seconda serie di esperienze fu istituita sopra un piano assai diverso dal primo: dappoichè nelle prime ricerche fui d'avviso che lo stato irritativo del follicolo, prodotto dall'olio di Croton e dalla presenza del fungo, fosse bastante a destare lo sviluppo del Kerion.

Un fatto micologico da me riscontrato nel Kerion relativo alle fasi evolutive del fungo, avea fissato già da qualche tempo la mia attenzione, e per l'importanza fisio-patologica di esso fui stimolato a pubblicarlo fin dal 1877 nelle seguenti comunicazioni preventive: *Morfologia del Tricophyton nel Kerion* — *Studii anatomo-patologici sul Kerion*.

Nel fare ricerche istologiche sulla cute del Kerion avea osservato che il fungo, allorchè invade il follicolo e le guaine del pelo, andava fornito di un ricco micelio con filamenti ifici, taluni semplici, altri fruttiferi, producenti spore basidiali che si raccoglievano in cumuli più o meno grandi nel fondo del follicolo, nella annessa glandola sebacea, e nel connettivo perifollicolare.

Anche nei capelli divelti dell'erpete tonsurante, e nelle squame epidermiche riscontravansi filamenti miceliali più o meno abbondanti; ma non in tutti i casi, e non in tutti gli stadii di esso.

Dietro questo reperto microscopico fui d'avviso che il meccanismo d'introduzione del fungo nel follicolo fosse dovuto alla forma *miceliale* del tricofito, vale a dire, alla *proliferazione continua e progressiva* dei suoi filamenti *ifici*, i quali infiltrandosi o meglio spingendosi meccanicamente innanzi, col loro moltiplicarsi nel fondo del follicolo, darebbero luogo ad uno stato infiammatorio essudativo di esso.

Questo concetto patogenetico del Kerion si accor-

dava pienamente al concetto micologico, in quanto che una dermato-micosi considerata come l'emanazione dell'azione di un dato fungo, dovrà essa seguire tutte quelle modificazioni che subisce il fungo stesso, e descriverle graficamente sulla pelle.

E applicando questo principio micologico alle forme tricotifliche, e più specialmente al Kerion, mi sembrava giusto dover concludere: « Che la forma conidica del fungo non è favorevole allo sviluppo del Kerion, ma bensì la forma miceliale. »

Partendo però dal concetto micologico del Kerion, era duopo far precedere l'esperimento da un esame microscopico accurato del capello e delle squame epidermiche tolte dalle chiazze di erpete tonsurante, onde determinare le *fasi evolutive del fungo*; e difatti in ogni caso volli accertarmi che il fungo fosse pervenuto allo sviluppo miceliale, prima di venire con speranza di risultato alla applicazione dell'olio di Croton.

Gli esperimenti caddero sopra tre fanciulli dai 7 ai 10 anni, affetti da erpete tonsurante. Senza dilungarmi a narrare le singole storie cliniche farò notare, come tre volte nella settimana fosse istituito l'esame microscopico dei capelli e delle squame epidermiche. In due di essi rinvenni ben presto il fungo allo sviluppo *miceliale* fornito di filamenti ifici con spore basidiali terminali. Nel terzo invece apparve il fungo sotto forma *conidica* o *sporoidale* con semplici coroncine di spore e senza la presenza di ben definiti filamenti. A favorire anche meglio lo sviluppo adoperai per qualche giorno il caldo-umido mercè l'applicazione di cataplasmi.

Dopo 40 giorni di osservazione incominciai, in tutti e tre, *leggere frizioni* di olio di Croton, che veni-

vano ripetute ogni due o tre giorni, a seconda del grado d'irritazione che si produceva sulla pelle.

Passate due settimane in uno di essi si sviluppò il Kerion, e un mese dopo si notò lo sviluppo anche in un altro. Erano questi i due fanciulli in cui l'osservazione microscopica avea dimostrato il fungo nella forma *miceliale*. Nel primo di essi si notava una chiazza rosso-pallida sul parietale destro, rotondeggiante rilevata, che gemeva un liquido filante da una miriade di forellini. Nel secondo si erano sviluppate due piccole chiazze sul sincipite, confluenti a forma di 8 in cifra. Altre chiazze di erpete tonsurante che non ebbero questo trattamento restarono sempre nello stesso stato, quantunque l'esame microscopico avesse in alcune dimostrato la presenza di filamenti miceliali.

Nel terzo caso invece, (ove il fungo trovavasi sotto forma conidiale, o appena con rudimentali filamenti ifici,) l'azione irritante dell'olio di Croton non valse a destare lo sviluppo del Kerion, sebbene le frizioni fossero continuate ad intervalli più o meno lunghi per lo spazio di due mesi. Sulla chiazza erpetica appariva di tanto in tanto eruzione di vescico-pustole, ovvero di nodi pustolosi, (analoghi a quelli della Sycosis) mai però la forma genuina del Kerion.

Or bene tanto i due risultati sperimentali positivi, quanto il terzo negativo mi sembrò che portassero direttamente a concludere: « che la fase evolutiva miceliale del fungo, nell'erpete tonsurante, ha una grande influenza sullo sviluppo del Kerion, o in altri termini: » il Kerion è il prodotto della forma miceliale. »

Dopo ciò noi possiamo darci ragione dei risultati negativi che tennero dietro alla maggior parte degli

esperimenti fatti coll'olio di Croton nell'erpete tonsurante; possiamo, dico, darci ragione di essi, basandoci sulle conoscenze micologiche relative allo sviluppo del fungo. Così trova anche spiegazione un fatto, costatato già dall'esperienza, che la micosi tonsurante può rimanere come tale senza dare luogo allo sviluppo del Kerion.

Le osservazioni sopra esposte ci porterebbero a concludere che le frizioni molto forti non sembrano adatte allo sviluppo del Kerion; basta che lo stimolo sia prolungato per ottenere l'effetto. Nei casi ordinari il grattamento che fa l'infermo è sufficiente.

A confermarmi sempre più in questa massima, dimostrata dall'esperimento, mi è occorso in quest'anno un caso veramente singolare di Kerion, il quale per la maniera con cui fu provocato, per la sede di occupazione mi sembrò della più alta importanza, tantochè non posso dispensarmi da riferirlo qui brevemente.

« Un tale, Attilio Goreri di anni 23, nativo di Fontanellato (Parma) ammogliato, contadino, si presentò il 27 marzo 1882 nel Dispensario della Clinica per mostrare una malattia sviluppatasi da pochi giorni sul dorso della mano sinistra.

A primo aspetto riconosciuta la natura della malattia interrogai l'infermo sugli antecedenti di essa. Mi raccontò egli che da parecchi mesi nella stessa località, ove ora si trova la nuova insorgenza, avea osservato un cerchio erpetico rossastro alquanto rilevato, assai pruriginoso e accompagnato da leggiera desquamazione. Il molesto prurito lo stimolò a domandare consiglio al medico, il quale senz'altro gli prescrisse una pomata di zolfo a forte dose, onde

frizionare fortemente la località affetta. Per lo spazio di due settimane l'infermo praticò ogni giorno le frizioni con quella pomata, sebbene egli ci assicurasse che gli riuscivano poco gradite, aumentandone il prurito.

Trascorse due settimane di cura, l'infermo si accorse che l'epidermide nella periferia del cerchio si distaccava, e al di sotto di essa spuntavano piccoli nodi rossastri producenti forte prurito. Il distacco epidermico si estese anche verso il centro del cerchio erpetico e fu seguito da sviluppo di piccoli rialzi papulosi rossastri.

Allora l'infermo abbandonò il metodo di cura prescrittogli, ed applicò sulla chiazza rimedi emollienti che valessero almeno a moderare il molesto prurito.

Ben presto tutta la chiazza era tumefatta, i nodi papulosi si mostravano più rilevati; e taluni di essi gemevano un liquido denso filante. Il malato avvertì ancora che i peli, di cui era provvisto riccamente il dorso delle sue mani, distaccavansi facilmente nel rinnovare le medicature.

Dopo tre giorni, dallo sviluppo della malattia, l'infermo si portò a farsi visitare nel Dispensario della nostra Clinica, ed ecco quanto fu riscontrato:

*Esame obiettivo.* Una chiazza circolare ha sede sulla regione dorsale della mano sinistra e precisamente in corrispondenza del primo e secondo metacarpo. Il suo diametro misura 7 centimetri, è assai rilevata, di superficie ineguale, granulosa per la presenza di rialzi conici. In mezzo ad essi si scorgeva una gocciola di liquido bianco giallognolo, denso vischioso; ed esercitando una leggiera pressione, si vedeva, da una miriade di forellini, gemere una gocciola dello stesso liquido, in guisa da far comparire

quella chiazza tempestata di perle. Coll'uscita del liquido distaccavasi ancora il pelo, ovvero questo veniva facilmente divelto insieme alle sue membrane pellucide e rigonfie. Al limite della chiazza si notava un distacco epidermico che a guisa di un anello tutt'attorno la circondava. Era sede di molesto prurito e di forte dolore sotto la pressione.

Quando l'infermo venne nella nostra Clinica lo sviluppo del Kerion era nel suo inizio: difatti dopo alcuni giorni la tumefazione della chiazza era alquanto aumentata e maggiore quantità di liquido denso vischioso usciva dai forellini.

Furono esaminati alcuni peli forniti di membrane e si riscontrarono ricchi di spore del tricotifo; in mezzo a queste un forte *infiltramento filiforme* costituito da lunghi e tortuosi filamenti ifici, semplici o ramificati, e taluni provvisti di spore basidiali.

Tralascio tutti i particolari relativi al corso della malattia, e dirò soltanto che mercè l'applicazione della pasta canforata venne a perfetta guarigione nello spazio di un mese.

Sulla sede del Kerion ora si scorge un area alopecica, acromica e leggermente atrofica che fa contrasto con la ricchezza dei peli e con il colorito bruno della cute sana del dorso della mano. »

Come ognun vede, la storia di questo caso è importante per dimostrare il passaggio dell'erpete tonsurante in Kerion; e sebbene qui il fatto si verificasse accidentalmente, pure nessuno vorrà negare il nesso fisio-patologico fra l'azione irritante spiegata dal rimedio e lo sviluppo del Kerion. E si tenga conto che tale località non è terreno propizio allo sviluppo di questa malattia, poichè bene spesso noi ve-

diamo sul dorso della mano cerchi di erpete tonsurante che percorrono tutte le loro fasi, e arrivano a guarigione senza dare luogo a questo cambiamento di forma.

A mio avviso tale cambiamento della forma tricoftica fu determinato in questo caso dal concorso di due fattori: 1° dall'azione irritante del rimedio; 2° dall'abbondanza di peli di cui era fornita la regione dorsale della mano dell'infermo. Le frizioni colla pomata solforosa furono la causa occasionale dello sviluppo del Kerion, in quanto che esse contribuirono ad irritare i follicoli, a dilatarne maggiormente gli sbocchi, (che in questo individuo erano appariscenti) e a rendere quindi più facile la introduzione del fungo, che già si trovava (come lo dimostrò l'esame microscopico) in quella fase di sviluppo, capace di determinare questa nuova manifestazione.

Da questi risultati sperimentali, sebbene poco rilevanti per numero, a me sembra intanto di potere venire alle seguenti conclusioni:

1° L'erpete tonsurante può subire lo stadio ulteriore di Kerion mercè un'irritazione o accidentale o provocata sulla cute da esso affetta;

2° La condizione necessaria per tale metamorfosi sarebbe lo sviluppo *miceliale* del fungo, mentre lo stimolo non farebbe che da causa occasionale;

3° Se il Kerion è il prodotto della forma miceliale del fungo e se questa rappresenta una fase più perfetta e più tardiva di sviluppo del medesimo, ne consegue necessariamente che il Kerion debba essere preceduto da un'altra forma di micosi relativa allo stadio di sviluppo in cui trovasi il fungo.

Da ciò si comprende l'errore di co'oro i quali dopo



l'innesto dei capelli presi dal Kerion, non avendone ottenuta la riproduzione, vennero tosto nella conclusione che questo morbo non è contagioso e che in esso la presenza del fungo è puramente accidentale. A mio avviso tale deduzione sta a significare che dessi non hanno con la osservazione abbracciato completamente le fasi evolutive di questa malattia, nè hanno posto ben mente ai diversi stadii di sviluppo del fungo, alle diverse condizioni (spesse volte difficili a determinarsi) che si richiedono per l'innesto, e al periodo d'incubazione di una micosi. Quindi l'innesto sperimentale praticato da essi coi capelli del Kerion a scopo di riprodurre tutta intera questa forma tricotifica non ha qui che il valore di una pretesa, mentre la illazione che essi ne trassero, è contraria all'osservazione clinica e al fatto micologico convalidato oggi dall'esperimento fisiopatologico; d'onde a me pare che essa debba essere più giustamente sostituita da quest'altra: « il Kerion non si trasmette come Kerion, ma sotto la forma della micosi tonsurante. »

Con queste poche osservazioni sperimentali intorno allo sviluppo del Kerion ho inteso richiamare l'attenzione degli egregi miei colleghi sopra un fatto già noto sotto il rapporto clinico, ma che oggi l'esperimento lo pone (a mio avviso) in maggiore evidenza.

La seduta si scioglie alle 2 e mezza pom.

**Il Segretario**  
**Dott. C. BRUNELLI**

**Il Presidente**  
**Prof. L. GALASSI.**

## OPERE INVIATE ALL'ACCADEMIA

---

Della obesità nelle donne, considerata specialmente nei suoi rapporti etiologici con alcune malattie dell'apparato sessuale; del dott. *Quintilio Tempesta*.

Relazione sommaria degli esperimenti d'inoculazione preventiva del carbonchio; del Prof. *R. Bassi*.

Nota sulla 3<sup>a</sup> Centuria di ovariectomie in Italia; del Dott. *Peruzzi*.

Il Manicomio provinciale di S. Benedetto; Relazione del Dott. *Michetti*.

Reale clinica ostetrica di Genova; anno accademico 1881-82; del Prof. *F. Macari*.

Resoconto dell'Istituto ostetrico-ginecologico della R. Università di Genova; del medesimo.

Attinenze delle lesioni cardiaco-arteriose colla sifilide: memorie del Dott. *M. Benvenuti*.

Sull'atrofia muscolare progressiva e sulla paralisi pseudo-ipertrofica; del medesimo.

Sul diabete gluco-azoturico; del medesimo.

Il pellegrinaggio e il colera; note del Dott. *Elia Rossi-Bey*.

Cenni storici sulla R. Accademia delle scienze mediche di Palermo; pel Dott. *F. Pignocco*.

Proposte su alcuni miglioramenti igienici della città di Roma; del Prof. *F. Scalzi*.

## CRONACA DELL' ACCADEMIA

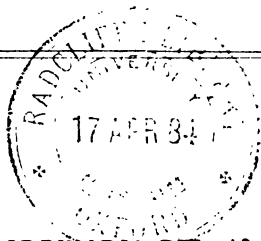
(Seduta straordinaria del 15 ottobre 1882).

---

**Presentazione.** — Il signor Marziani chirurgo dentista di Sinigaglia, raccomandato dal Ministero della istruzione pubblica, per un parere da emettersi dall'Accademia sopra un nuovo apparecchio di protesi della bocca, presenta il detto apparecchio ed il soggetto della osservazione.

**Commissione Accademica.** — Un quesito di pubblica igiene venne indirizzato all'Accademia riguardo alla pratica, vigente in Roma, della salatura del formaggio negli ambienti contigui alle pizzerie. Si domanda in primo se i prodotti chimici della salatura, sono o no capaci di produrre delle malattie. Nel caso negativo, se il cattivo odore che tramandano i formaggi sottoposti alla salatura, può o no considerarsi come cagione di disturbi nella salute. Una importante discussione ebbe luogo nell'Accademia su questo argomento, nella quale potè dedursi che in tesi generale fosse necessario, e come misura igienica e come provvedimento di polizia medica, il proibire assolutamente la pratica suddetta entro le mura della città.

**Nomine.** — Furono nominati in questa seduta i Soci corrispondenti nazionali, i signori Prof.<sup>ri</sup> Antonio Ceci di Camerino, Ottavio Leoni di Roma, e Moise Raffaello Levi di Venezia.



## SEDUTA STRAORDINARIA DEL 12 NOVEMBRE 1882

PRESIDENZA DEL PROF. LUIGI GALASSI

**SOMMARIO.** — Comunicazioni della Presidenza. — Presentazioni anatomiche e microscopiche: **Tassi, Majocchi.** — Osteotomia per ginocchio valgo; ovariectomia incompleta: **Mazzoni** (discussione: **Piermarini, Tassi, Bertini, Mazzoni, Galassi, Blasì**). — Sopra un prodotto dell' *hamamelis virginica*: **Fedeli.** — Il pigmento turchino delle idromeduse: **Colasanti.**

Il processo verbale dell'antecedente adunanza ordinaria è letto ed approvato, in seguito a rettifica-  
zione chiesta dal socio Majocchi sopra una espressione riguardante l'*area Celsi*, dalla quale potrebbe arguirsi averne egli scoperta la natura micotica, mentre non fece che confermare le altrui osserva-  
zioni.

Il segretario comunica una lettera del Ministro della pubblica istruzione, colla quale si ringrazia l'Accademia d'averlo informato dell'esito favorevole delle esperienze fatte dal Marziani, con un nuovo palato artificiale.

### Presentazioni varie

Il socio TASSI sottopone all' esame dell' Accademia lo scheletro già appartenuto ad un individuo che presentò in altra seduta, affetto da *periostosi multiple, accompagnate da cangrena secca di una delle estremità inferiori.*

Facendo seguito alla storia del malato a voi presentato nella tornata del 27 novembre dell' anno passato, io debbo oggi comunicarvi il procedimento, ed i risultati finali di quella importantissima osservazione clinica.

Mi permetterete innanzi tutto che io ricordi qualche punto storico più interessante, che potrebbe esser stato da qualcuno di voi dimenticato, essendo già passato un' anno, dacchè io ve ne tenni parola.

Quel giovane mugnaio, allorquando si presentò all' ospedale per esser curato di una cangrena secca spontanea del 2° e 3° dito del piede destro, non aveva alcuna alterazione, nè disturbo nella circolazione artero-venosa periferica e centrale; e molto meno nei vasi dell' arto. E giova quindi rammentare che niun' altra causa morbosa si rivelava avesse potuto agire sugli organi centrali; come medicamenti, sostanze alimentari, ovvero cause specifiche; e dovevasi altresì escludere qualsiasi contingenza fisica e meccanica locale atta a produrre la necrobiosi in parola.

E poichè dei grossissimi osteomi, e qualche lungo osteofito, orditi fin dall' adolescenza nelle epifisi degli arti inferiori, potevano inceppare le correnti nervose,

massime nella sommità del femore destro, e nel poplite, così nacque il sospetto che la continua distensione di qualche plesso avesse in qualche maniera indotta una forma nevroparalitica vasomotoria nei capillari; tantopiù che tutto il sistema sanguigno dell'arto si presentava in condizione fisiologica la più regolare. Pur non dimeno rimaneva forte il dubbio che aumentando il processo cangrenoso dovesse esserne chiamato in causa diretta il sistema vasale. Egli è perciò, che m'impegnaste a seguirne diligentemente il corso, onde riferirne i risultamenti che oggi vi sottopongo.

Dopo due settimane il processo cangrenoso si diffuse a tutte le dita del piede destro incominciando dall'alluce. Passati altri 15 giorni raggiunse tutto il dorso fin sotto i malleoli.

Fu allora soltanto che l'arteria femorale sotto l'arco crurale incominciò a diminuire nel suo battito e nella sua espansione, e la poplitea non si sentiva più. Intanto verso la fine di dicembre la cangrena occupò in maniera irregolare il terzo inferiore della gamba. Ed in tal guisa si mantenne per lo spazio di oltre un mese, assumendo l'aspetto d'un piede mumificato, o meglio carbonizzato.

E qui è da notare, o signori, che siffatto procedimento cangrenoso a periodi, si presentava quasi di repente per esser poi seguito da una esatta linea di confine, da far sperare una soluzione limitata, onde dar campo all'azione chirurgica.

Frattanto il malato si dimagriva sensibilmente e progressivamente, non ostante che prendesse molto cibo, e sostanze eccitanti e ricostituenti. La termogenesi oscillava fra i 38 e 39; ma solo quando avvenivano nuove diffusioni cangrenose.

La piresia durava dai 3 ai 4 giorni, quindi la termogenesi scendeva sotto al normale, di mezzo grado.

Come il processo morboso aumentava, maggiore era nell'infermo l'agitazione e l'ambascia.

Tuttavia non si ebbero ancora sintomi gravi nè localizzazioni infettive in niun viscere.

Rimarchevole però era nell'infermo l'apatia ed una specie di stupore.

Verso la metà di gennaio incominciò a sentirsi per un lungo tratto (da 10 a 12 centimetri) l'arteria femorale infurita, e quasi cessato il suo battito. La durezza corrispondeva precisamente al di sopra del grosso osteoma.

L'interno coagulo, che si era lentamente ordito in quest'arteria, già non permetteva più il passaggio del sangue, gli è perciò, che in quest'ultima fase si diffuse la gangrena fino al ginocchio. Tale diffusione accadde pure a periodi e a zone, e ci vollero più di due settimane per avere cote l'ultima invasione.

Durante quest'ultima fase ebbero luogo sintomi di alta infezione localizzata al polmone, alla pleura e al bassoventre. E si presentò ancora un grosso e lungo coagulo nella vena crurale, cui seguì un vero sfacelo, che dalla sura si propagò al terzo inferiore della coscia. E così si ebbe un tipo di una doppia gangrena *secca* ed *umida*, per oppilazione arteriosa l'una, e per occlusione venosa l'altra.

Non ostante cotale manifestazioni necrobiotiche, ed i sintomi gravissimi di septicemia, l'infermo visse ancora sei settimane; e la sua vita si spense lentamente dopo esser addivenuto pari ad una mummia, reso tale da sei mesi di gravi sofferenze, quantunque mitigate e curate con ogni fatta di rimedi e di soccorsi.

Giudicando il caso, come già accennai, dalle prime manifestazioni, si poteva credere che si trattasse di una forma nevro-paralitica vasomotoria, cui seguirono indirettamente molte delle annunciate alterazioni. E questo fu il dubbio da noi emesso fin dal suo apparire. Ma esaminando il corso del processo cangrenoso, e mettendolo in corrispondenza con la lenta occlusione arteriosa e venosa, come ce ne mostrò il reperto cadaverico, si stabilì che si trattasse di una gangrena secca ed umida per lenta oppilazione vasale di origine meccanica. Difatto l'onda sanguigna rallentata sulle prime meccanicamente, come avviene nei fiumi angolosi, diede luogo in seguito ad un coagulo il quale organizzandosi, inceppò ed arrestò completamente il passaggio del liquido sanguigno; donde le gravi e progressive conseguenze a carico della nutrizione, dell'arto, e gli effetti ultimi sulla circolazione venosa.

Nonostante cotale dimostrazione clinica, e quella anatomo-patologica, che rileverete dal reperto cadaverico comunicatomi dal mio amico Marchiafava, rimane sempre a spiegarsi il perchè in questo giovane, nel fiore degli anni, ben nutrito e senz'altra causa apprezzabile, sia accaduta cotale alterazione nella circolazione di quei vasi; dal momento che quei tumori ossei così cospicui e quella stallatite a punta esistevano già da molti anni, dando continua distensione e costante pressione e sopra i vasi sanguigni e su i nervi.

Dopo ciò, mi permetto di presentarvi lo scheletro, che vi offre un tipo rarissimo di enormi osteomi e di osteofiti. Nelle ossa iliache, ai due femori, tibie e fibule, voi osservate tumori, prominenze, produzioni, per grandezza e per forma, rarissimi e svariati. È veramente curioso od importante



sapere come siffatte abnormi produzioni ossee così variamente disposte e così deformanti, fossero compatibili colla perfetta e regolare deambulazione e con la simmetria degli arti. Vedete che una legge di compensazione la si trova nelle inserzioni dei muscoli e nella disposizione delle varie epifisi, laddove esistono le maggiori anomalie e produzioni osteogenetiche.

E pensare, che tali fatti morbosi non derivano da alcuna causa apprezzabile, all' infuori d'un lieve reumatismo erratico sofferto nell'adolescenza!

Ed ora a completare questa importantissima storia clinica, eccovi l'autopsia:

« Cadavere in grave stato di deperimento. Negli arti inferiori si notano deformazioni dovute a tumori assai aderenti allo scheletro.

« Nell'estremità inferiore destra si riscontra un'avanzata mummificazione del piede e del terzo inferiore della gamba. In questa parte mummificata si riscontra una varia colorazione e una varia resistenza. Il dito grosso si presenta completamente nero e resistentissimo; le altre parti si presentano d'un color grigio-sporco con chiazze rosso-brune e di minor resistenza.

« Nei due terzi superiori della gamba, cangrena umida con distacco completo della pelle e scopertura dei muscoli sottostanti, nella sura.

« Decubiti gangrenosi sacrale e trocanterico. La vena safena interna è oblitterata da un trombo recente nella sua parte superiore per l'estensione di 10 centim. La vena crurale si presenta ugualmente oblitterata da un trombo recente in tutta l'estensione del canale crurale.

« L'arteria crurale si presenta oblitterata da un trombo meno recente, resistente, di color grigio rosastro. Questa trombosi si estende in basso fino all'ingresso nell'anello degli adduttori, in alto fino all'imboccatura nell'iliaca primitiva.

« La vena e l'arteria crurale si trovano sollevate e sospinte indentro da un grosso tumore che parte dal femore; ugualmente si trova sollevato e sospinto indentro il nervo grande safeno. Il connettivo circostante ai vasi crurali è inspessito, e le ghiandole inguinali sono ingrossate e resistenti.

« I rami collaterali dell'arteria si presentano ugualmente trombizzati. Facendo delle sezioni nel terzo inferiore dell'arteria crurale si vede come il trombo vada diventando meno secco e più rosso.

« Esaminando con più accuratezza la vena e l'arteria crurali, nel loro terzo superiore, si trova che il grosso tumore osseo, che le solleva e sospinge dentro, ha il suo punto di partenza dalla parte più bassa e più interna della linea intertrocanterica anteriore, e che l'arteria crurale nella sua origine poggia sopra una esostosi spinosa che sporge dall'eminanza ileopettinea.

« Cranio. — Cervello anemico ed edematoso.

« Petto. — Polmoni leggermente aderenti in ambedue i lati. Cavità del pericardio con abbondante quantità di siero limpido. Cuore normale ne'suoi apparati valvolari; miocardio di color rosso bruno. Il polmone sinistro presenta il lobo superiore di color grigio, l'inferiore bluastro con lobuli atelectasici. La sezione di quest'ultimo mostra congestione, edema, bronchite suppurativa e nodi di polmonite lobulare. Il polmone destro offre le stesse alterazioni del sinistro, inoltre si ritrovano, nella parte posteriore del lobo superiore,

focolai di broncopolmonite, assai resistenti e gremiti di puntolini di color giallo arancione.

« Addome. — Leggero tumore splenico cronico. Reni molto ricchi di sangue, edematosi. Fegato non aumentato di volume, ricco di sangue, con lobuli non distinti. Nello stomaco e nelle intestina nulla d'importante.

« Nello scheletro le alterazioni si riscontrano quasi esclusivamente nel bacino e negli arti inferiori. Il bacino presenta una esostosi spinosa in corrispondenza dell'eminanza ileopettinea destra; un'altra eguale in corrispondenza della cresta del pube sinistro; nelle due piccole incisure ischiatiche numerose e piccole rilevatezze ossee; alcuna delle quali a foggia di stalattite; in corrispondenza della faccia interna della branca discendente dell'ischio sinistro, una esostosi triangolare terminante con un piccolo rigonfiamento spugnoso; sulle branche discendenti del pube ed ascendenti dell'ischio, e sui contorni dei forami ovali sono sparse numerose rilevatezze, alcune delle quali spinose, altre ramificate

« Il femore destro presenta una esostosi ovolare spugnosa della grandezza di un piccolo arancio, di superficie assai ineguale, avente il suo punto di partenza, come si è detto, dalla parte più bassa della linea intertrocanterica; la quale esostosi va fino ad occludere la metà inferiore del forame otturatorio. Un'altra esostosi quadrangolare nella linea intertrocanterica posteriore. Dal condilo interno dello stesso femore si eleva un'esostosi, che, ristretta nella sua origine, si allarga e si ramifica in alto, ed è lunga 5 centimetri.

« Il femore sinistro presenta piccole esostosi nelle linee intertrocanteriche. La parte più bassa della linea

aspra interna del femore presenta due esostosi spinose, la superiore delle quali a guisa di uncino. La testa superiore della tibia destra è ingrossata e sparsa di piccole asprezze ossee. La testa della fibula sinistra si presenta convertita in un rigonfiamento spugnoso di forma e superficie irregolare, della grandezza della testa di un feto. Tutta la fibula è ingrossata ma conserva però la sua forma. In basso poi, immediatamente al disopra dell'articolazione tibio peroniera, presentasi una esostosi piatta, che abbraccia la faccia antero-interna della tibia, la quale al disopra manda un' esostosi propria. Nel lato destro invece la tibia, al di sopra dell'articolazione tibioperoniera, manda un' esostosi quadrangolare a cui corrisponde un avvallamento del perone, che sopra dell'avvallamento manda una cresta uncinata.

« Nelle altre parti dello scheletro non si riscontrano alterazioni, salvo nei due omeri, dove si trovano delle piccole esostosi, e una grossa sporgenza ossea in corrispondenza della tuberosità dell'omero sinistro.

« *Diagnosi anatomica.* — Esostosi ed iperostosi multiple. Gangrena secca del piede e del terzo inferiore della gamba destra. Gangrena umida dei due terzi superiore della gamba destra. Trombosi antica dell'arteria crurale e della arteria iliaca esterna a destra. Trombosi recente della vena crurale e della safena interna dello stesso lato. Decubiti gangrenosi sacrale e trocanterici. Bronchite purulenta. Polmonite lobulare. Atrofia bruna del cuore. Idropericardio. »

Il socio MAJOCCHI: Ho l'onore di presentarvi alcune *preparazioni microscopiche del favo o vespaio*,

per dimostrare certe alterazioni micotiche che sogliono verificarsi in questa, spesse volte, grave malattia. Ricorderanno già come in una delle sedute ordinarie di quest'anno io presentassi all'Accademia una mia comunicazione preventiva su tale argomento, di cui oggi intendo dare la dimostrazione pratica. Come osservano in questi preparati le note alterazioni istopatologiche del favo o vespaio si troverebbero in rapporto colla presenza di microrganismi di forma sferica granulare (*micrococcus favi*), i quali invadono gli spazi linfatici degli strati più profondi del derma, dstando un processo infiammatorio reattivo intenso con esito di necrosi multiple. Quello che dall'osservazione microscopica appare in modo evidente è la formazione del così detto *cencio necrotico*. Difatti si vedono i detti microrganismi disposti in forma di un cerchio, ovvero di una elissi negli strati più profondi del derma, cerchio o elissi, che circonda un pezzo di tessuto connettivo, e ben presto lo fa cadere mortificato. Si deve avvertire che la *zona micotica*, tanto nel suo limite esterno che interno, presenta il solito fatto di reazione infiammatoria costituita da un infiltramento più o meno abbondante di elementi giovani. L'area di tessuto compresa dentro l'alone micotico si mostra assai splendente, ma non tutta in istato di necrosi; dappoichè per l'azione necrogenica dei microrganismi avviene il distacco di quel pezzo di tessuto, nel mezzo del quale spesse volte si rinvengono gli elementi istologici allo stato normale.

Da ciò si comprende perchè alcuni patologi hanno ammesso che il cencio del favo non sia un tessuto mortificato; ma bensì un tessuto impregnato di marcia. A me pare che da queste ricerche si faccia mani-

festo il poco valore di tale opinione; in quanto che, se il cencio contiene ancora elementi istologici normali, pure desso è sempre il risultato di una *necrosi limitante*, prodotta dall'azione patogenica della zona micotica circostante.

Ora si potrebbe domandare: perchè i detti microrganismi prendono quella disposizione a cerchio più o meno regolare? Sono forse i vasi linfatici, o vasi sanguigni che ne determinano l'invasione, ovvero è un fatto puramente accidentale? A tali quesiti non si può dare una risposta precisa. A mio avviso i vasi linfatici e sanguigni della cute sono estranei a questo fatto; dappoichè nei tagli fatti, ove il processo è nel suo inizio, si osservano gli spazi linfatici del derma che non presentano più la loro forma normale, ma sono bensì rigonfi per l'invasione sempre crescente dei microrganismi e, mercè la colorazione al violetto di genziana, appaiono come macchie turchiniccie ovali, allungate o irregolari. Solamente nei punti ove il processo è più avanzato si osserva la disposizione a cerchio dei microrganismi, sebbene in taluni casi non si riesca a vederla con quella regolarità, come si trova nei preparati microscopici che io presento. Per soddisfare in qualche modo alle suddette dimande, si potrebbe ricorrere al fenomeno della *simmetria*, per cui è noto come molti *ifomiceti*, o *shizomiceti* prendano una regolare disposizione nei tessuti animali, o vegetali. Ma anche questa spiegazione non può avere altro valore che quello di una semplice ipotesi: e per ora fa d'uopo contentarsi del solo fatto.

Da ultimo mi piace di fare notare come queste ricerche fossero istituite non solo nei cenci necrotici, ma ancora su pezzi di cute del favo, prima che

nesso avesse dato luogo alla formazione dei cenci necrotici medesimi. E ciò onde schivare l'obiezione, che potrebbe essere mossa da alcuni, di accidentale introduzione di elementi settici, che facilmente avrebbero potuto invadere i tessuti del favo nello stadio eliminativo.

### Comunicazioni, letture e discussioni.

Il socio MAZZONI: Alla comunicazione preventiva fatta a mio nome dall'egregio nostro Segretario nella seduta del 25 giugno passato, dò oggi compimento col parlarvi di alcuni particolari che riguardano una *ovariotomia incompleta*, e due casi di *ginocchio valgo*, uno dei quali semplice ed uno doppio, operati colla osteotomia.

Voi vedeste già le fotografie di questi due ginocchi valghi, e quanto prima spero presentarvi le due giovinette, che sono i soggetti delle operazioni, perchè possiate apprezzare l'eccellente riuscita di un metodo, che oggi è salito in tanta fama.

Circa la Ovariotomia incompleta, eccovi in breve la storia: Una donna si presentò alla clinica con un tumore al basso ventre, molto esteso, fluttuante, con durezza disseminate qua e là nella cavità addominale.

Stabili trattarsi di cisti vasta, uniloculare con pareti inegualmente spesse e con probabili aderenze, non avendo trascurato di tener anche conto dei molti segni dei ripetuti sanguisuggi precedenti, e riscontrati nella zona ipogastrica.

Aperte dunque le pareti addominali, mi riescì di qualche difficoltà introdurre la mano tra queste e la

cisti, la quale si trovò libera nella sua superficie superiore e laterale. La cisti fu punta e ne uscì grande quantità di liquido nero poltaceo e di pessimo odore. Vennero estratte attraverso la ferita addominale anche le pareti della cisti; ma riescì impossibile estrarne il bassofondo, perchè aderentissimo all'S del colon e al cul di sacco vaginale sinistro.

Allora dovendo provvedere ad un metodo di cura che potesse salvare la mia inferma, pensai di eseguire la riunione, mediante sutura, delle pareti della cisti col peritoneo.

Tirata perciò al di fuori la cisti, fin dove fu possibile, aprii la sua parete anteriore ampiamente e riunii poi, a mezzo della sutura da materazzo, la parete della cisti colla corrispondente parete peritoneale, distaccando tratto tratto col bisturi o colle forbici la porzione corrispondente della cisti cucita. Ripetei tale manovra circolarmente a tutto il contorno della cisti, della quale rimase nel ventre sette decimi circa, a guisa di fondo cieco, che riempii di sostanze asettiche, fasciando poi la malata col metodo ordinario.

Dopo varii giorni, durante i quali si era avuto appena un leggiero innalzamento di temperatura, e alla terza medicatura, si trovò una discreta quantità di sostanze escrementizie solide nella cavità rimasta della cisti, e si constatò che vi era una comunicazione molto antica tra l'intestino crasso e la cisti, garantita da una valvola a forma di epiglottide.

La malata fu visitata da molti di voi in un periodo in cui la guarigione era molto bene avviata ed ora il medico di Terni (questo è l'attuale luogo di dimora dello operata) scrive che il ventre è come nello stato normale; ed esiste lungo la cicatrice un



forellino del calibro di una piccola penna da scrivere per dove esce un gaz fetido e del gemizio.

Quanto ai casi di osteotomia per ginocchio valgo; operazione molto in uso in Italia e fuori, e della quale il Margary di Torino si occupa con grande passione, voi sapete che al Rizzoli si devono in Italia i primi fortunati tentativi di cura delle deformità degli arti inferiori col mezzo del suo osteoclase. Il Meyer in Germania praticò le osteotomie: ma gli effetti spesso non buoni fecero sospendere tali operazioni.

Dopo la medicatura asettica del Lister la osteotomia ha ripreso vita ed oggi essa viene praticata come sapete in larga scala.

Tra i novi metodi in uso io mi sono attenuto nei miei casi a quello del Macewen perchè mi è sembrato rispondere meglio alle esigenze di questa speciale operazione, saltanto vorrei raccomandata ai miei colleghi la massima cautela nel completare la frattura, perchè non si debba deplorare la rottura del legamento laterale esterno; accidente questo il quale riescirebbe dannoso ai buoni effetti di tale operazione.

Il socio **PIERMARINI**: Considerando i fatti narrati dal prof. Mazzoni sulla ovariotomia, e specialmente quello di avere lasciato un'abbondante moncone della cisti, di avere prudentemente compresi gli estremi nella cucitura addominale, mi permetto domandare se si credette rassicurato abbastanza sulla diagnosi di cisti dell'ovario, o non gli sia piuttosto balenato il dubbio di un tumore addominale d'altra natura. Oltre di che per me rimarrebbe sempre inesplicabile

il fatto che pure deducesi dalla storia narrataci ; cioè che la cisti non siasi mai vuotata dalla parte dell'intestino col quale era in comunicazione.

Il socio TASSI: Come testimonio della operazione ho potuto anch'io convincermi della esattezza del giudizio dato dal Mazzoni su quella cisti. Confesso del pari che niuno dei presenti potè in sulle prime rendersi un conto abbastanza chiaro della comunicazione della medesima coll'intestino; peraltro è indubitato che il fetore caratteristico dei gas intestinali si rilevò non appena punta la cisti.

Il socio BERTINI: Avendo anch'io assistito alla operazione non saprei emettere alcun dubbio sulla natura della cisti, le cui aderenze col bacino, e il cui peduncolo, allorchè il Mazzoni distaccò tutta la parte anteriore-superiore, erano abbastanza evidenti.

Il socio PIERMARINI: Quante volte siasi verificata la presenza del peduncolo, come assicura il socio Bertini, il mio dubbio sulla diagnosi cessa di fatto.

Il socio MAZZONI: La obiezione del mio collega Piermarini non manca certo d'importanza. Io non posso dire di essermi assicurato indubbiamente dell'esistenza del peduncolo, in causa delle vaste aderenze rinvenute. Però credo che i criteri diagnostici possono francamente desumersi dall'esame anatomico-patologico fatto sulle pareti della cisti che ne disvelò la natura fibro-muscolare, la tessitura compatta, e la forma uniloculare, e può anche arguirsi dell'impianto di essa, che era nel cul di sacco vaginale. Quanto alla comunicazione della cisti coll'intestino, ed

al mancato vuotamento di essa nell'intestino confesso non potermene render ragione; ciò che posso dire con certezza è che la comunicazione non fu cagionata dalla operazione, perchè il luogo dell'apertura non poté essere raggiunto dallo strumento tagliente.

Il socio BERTINI: Mi preme far riflettere al Piermarini non avere io esplicitamente affermata la presenza del peduncolo; ma soltanto osservato che allorquando il prof. Mazzoni riuscì a circondare la maggior parte della cisti sino al limite delle aderenze, io rifletteva che il peduncolo era probabilmente verso le aderenze, le quali corrispondevano appunto alla base della pelvi.

Il socio PIERMARINI: Se si è dunque ritenuta semplicemente come probabile la esistenza del peduncolo, in questo caso farò osservare al prof. Mazzoni che non essendosi potuta constatare con certezza la derivazione della cisti dall'ovaio, si dovrà convenire che il dubbio da me emesso sulla diagnosi non può dirsi infondato.

Il socio MAZZONI: Convengo col Piermarini che il criterio indiscutibile della diagnosi di cisti ovarica stia nel fatto dell'impianto di essa nell'ovario; ma non ammetto che nella impossibilità di poter verificare questo criterio principale, come avvenne nel mio caso, non vi siano altri sussidi valevoli a toglierci da ogni incertezza.

Il PRESIDENTE: Considerando che nella cisti non furono rinvenute materie fecali, subito dopo la puntura ed apertura della medesima; ma che ciò si è

verificato in seguito nel suo fondo libero, credo poter spiegare agevolmente questo fatto ammettendo che la valvola a forma di epiglottide accennata dal Mazzoni, doveva essere spinta in modo contro l'apertura intestinale, allorchè la cisti era piena, da non dar passaggio che ai soli gas delle intestina, come viene provato dal fetore speciale del liquido dopo la puntione; mentre a cisti vuota, cessando ogni pressione, la valvola doveva cedere e permettere anche la uscita delle materie solide.

Il socio MAZZONI: Io pure sono d'avviso che l'unica spiegazione da darsi al fenomeno, sia riposta in questo meccanismo giustamente avvertito dal professor Galassi.

Il socio BLASI: Saprebbe dire il prof. Mazzoni se dall'anamnesi risultasse che vi siano stati mai fenomeni di enteroperitonite?

Il socio MAZZONI: Da sei mesi la malata soffriva di dolori sordi all'ipogastrio, accompagnati da disturbi della mestruazione. All'infuori di ciò non potei aver notizia d'altri fenomeni.

Niun altro domandando la parola la discussione non ha seguito.

Il socio FEDELI: Nell'interesse della terapia, mi permetto di comunicare alcune notizie sopra un nuovo rimedio, l'*Hazeline*, di cui si occupano in questi giorni alcuni giornali stranieri.

Questa sostanza si ottiene dalla distillazione della corteccia interna fresca dell'*Hamamelis Virginica*

Linn.; arbusto conosciuto fino *ab antiquo* dagli Indiani, ed ora volgarmente chiamato in America Witch-Hazel. Cresce in quasi tutte le contrade degli Stati Uniti, è molto appariscente per la sua fioritura gialla, ed ha il frutto dell'aspetto di una noce, non dissimile, in grossezza, da una nocciuola. La corteccia ha un sapore amaro, astringente, ed un che di dolciastro e pungente insieme; e ciò contribuì a fermare su di questa pianta l'attenzione dei Nomadi, che già la usano come sedativo e risolvente nei tumori dolorosi, ed in altri casi di flogosi esteriori, etc.

Recentemente alcuni medici americani vollero rimetterla in onore, usandola specialmente nelle emorragie polmonali e stomacali; ed esternamente nelle affezioni emorroidali.

Era poi naturale che si cercasse di ottenere il principio attivo della pianta che è appunto l'*Hazeline*, fluido chiaro, incolore, pellucido, avente odore fragrante ed aggradevole, di sapore leggermente astringente e totalmente priva di principii irritanti, e tossici. Viene somministrata internamente alla dose di 30 gocce, diluita in mediocre quantità di veicolo, tre o quattro volte al giorno, ed anche più, a seconda della gravità dei casi, nelle epistassi, emottisi, ematemesi, ematuria (Ringer) melena; nelle emorragie passive, nelle affezioni emorroidali. Pari azione curativa si assicura avere spiegato nella disenteria e nella diarrea, specialmente quando nella prima abbiansi dejezioni miste a notevole quantità di sangue. È stata data ancora per alleviare i dolori e le difficoltà dei periodi mestruali, modificando prontamente il flusso, se eccessivo.

Esternamente l'*Hazeline* ha la sua applicazione nel trattamento curativo delle emorroidi, varici

ustioni, contusioni, ed abrasioni: inoltre come medicatura stabile, nelle ulceri indolenti ed incurabili, specialmente se segreganti umore sieroso ed infettante.

Negli Stati Uniti d'America si applica in lozione per modificare i dolori, e l'irritazione causata dal morso di alcuni insetti. Diluita in egual quantità d'acqua è usata per iniezione nella leucorrea, ed altri flussi uterini, in vista ancora della sua virtù antisettica. Mescolata a doppia quantità d'acqua calda è raccomandata in collirio nelle congiuntiviti ed affezioni delle palpebre, in doccia-nasale, come uno dei migliori rimedi per la cura del catarro nasale (Murrell) e dell'ozena. Nei catarri, eczema, affezioni eritemitose, piaghe, ec. è ritenuto il detto rimedio essere di incontestabile azione curativa. In tutti quei casi poi ove il rimedio è prescritto esternamente, viene del pari somministrato internamente nella dose sopraddetta.

L'*Hazeline* si decompone a contatto dei metalli; ed è perciò che bisogna essere cauti nel somministrarla. Sembra non avere incompatibilità con altri rimedi.

Aggiungerò che il D<sup>r</sup> Durham asserisce di avere impiegato il farmaco con molto successo per impedire l'aborto. Anche nei casi di reumatismo muscolare, l'embrocazioni fatte con il rimedio gli hanno dato eccellenti risultati. Lo crede un buon sostitutivo dell'arnica nei casi ove questa viene applicata, ed a questa preferibile. In collutorio, lo raccomanda come tonico delle gengive deboli e atoniche. Esso richiama l'attenzione dei pratici sulla sorveglianza da aversi allorchè viene applicato chirurgicamente.

Riassumendo dirò che l'*Hamamelis Virginica* Linn.,

o *Witch-Hazel*, ed ora il suo derivato *L'Hazeline*, è un rimedio astringente, tonico, sedativo, antiseptico, ec. che spiega azione incontestata nelle emorragie attive, e passive venose ed arteriose, esterne ed interne qualunque ne sia la provenienza. Che del pari è rimedio contro la diarrea, dissenteria, catarri, reumatismo e flussi eccessivi mucosi anche infettanti. Il D<sup>r</sup> Fontain poi loda la sua azione curativa anche nella tisi incipiente.

Dove unanime s'incontra l'opinione degli osservatori si è sull'azione curativa che l'*Hazeline* esercita nelle varici ulcerate, ulcere croniche ribelli, con edemi delle estremità inferiori; non che nelle affezioni emorroidali acute o subacute accompagnate a perdita di sangue, o a prolasso.

Un rimedio di tanto valore terapeutico fornitoci dal regno vegetale non mi fu dato vederlo annoverato nei nostri libri di terapeutica, ed è perciò che ho creduto utile farvene cenno, rilevandone le notizie dai giornali inglesi.

Il socio COLASANTI comunica il risultato di alcuni suoi *Studi sul pigmento blu delle idromeduse*<sup>1</sup>.

Lo studio dei pigmenti che formano i svariatisimi e brillanti colori degli animali, come fanno fede i recenti lavori del Krukenberg, ai nostri giorni ha raggiunto un particolare sviluppo destando una generale importanza.

Nella stazione zoologica di Napoli, avendo portato

---

<sup>1</sup> *Rhizostoma Cuvieri* — *Cassiopeia borbonica* — *Velella spirans* — *Porpita mediterranea* — *Physalia pelagica*

a termine alcune ricerche sul pigmento blu delle idromeduse, mi pregio di comunicarne all'Accademia un breve sunto preventivo.

Questo pigmento non è legato ad alcun elemento anatomico, nè secreto da speciali apparecchi glandolari. Esso trovasi diffuso in regioni speciali del tessuto gelatinoso che forma il corpo di detti animali.

Questo pigmento è solubile solo in acqua distillata fredda, nella quale mantiene lungamente il suo bel colore turchino violaceo.

La soluzione ha caratteristiche proprietà ottiche. Infatti è dicroica, leggermente efflorescente (efflorescenza rossa) ed osservata allo spettroscopio presenta tre marcatissime strie d'assorbimento, ravvicinate tra di loro. La prima intensamente oscura tra la *C* e la *D*, cioè tra il 40 ed il 45 della scala di Bunsen (ponendo il sodio a 50). La seconda meno intensamente oscura tra la *D* e la *E*, cioè tra il 50 ed il 55. La terza più debole, ma sempre nettissima, tra la *D* e la *E*, cioè tra il 62 ed il 67.

A mezzo della pressione è impossibile d'estrarre il pigmento, come del pari è impossibile estrarlo con altri solventi (alcool, etere, cloroformio, solfuro di carbonio, benzina, ecc.), nei quali il colore più o meno celeremente scompare, sì a caldo come a freddo.

L'  $O_2$ , il  $Cl$ , il  $Br$ , l'  $H^2$   $O^2$  la decolorano prestamente.

Gli acidi, specialmente i deboli, (acido bromoidrico a preferenza) l'arrossano, gli alcali le fanno prendere un colore lilla amatistino.

Le soluzioni, tanto alcaline, quanto acide, perdono le proprietà ottiche, specialmente le spettroscopiche. Solo l'acetato potassico (soluzione satura) mantiene



lungamente il pigmento turchino, tanto in soluzione quanto nel corpo degli animali, ed in esso non perde nessuna proprietà fisico-chimica.

Questo pigmento, identico chimicamente, trovasi in tutti i ricordati animali, perciò credo possa convenirgli il nome di *Zoocianina*.

La seduta si scioglie alle 2 e mezza pom.

Il Segretario  
Dott. C. BRUNELLI

Il Presidente  
Prof. L. GALASSI.



## SEDUTA ORDINARIA DEL 26 NOVEMBRE 1882

PRESIDENZA DEL PROF. LUIGI GALASSI

**SOMMARIO.** — Comunicazioni della Presidenza. — Presentazione di preparazioni anatomiche e di malati (anomalia di struttura della succlavia, blefaroplastica, atassia locomotrice): **Mazzoni, Incoronato, Sclamanna.** — Camera operatoria asettica: **Durante.** — La retina delle scorpene: **Colasanti.** — Discussione sull'articolo 371 del Codice civile italiano riguardante la verifica delle nascite: **Toscani, Maggiorani, Bastianelli, Ratti, Capranica, Tosi.** — Rinnovazione parziale del seggio di Presidenza. — Libri inviati all'Accademia.

Il processo verbale dell' antecedente adunanza straordinaria è letto ed approvato.

Il PRESIDENTE pronunzia parole di affettuoso compianto per la improvvisa morte del dott. Luigi Marchi, uno dei soci fondatori dell' Accademia, e ricorda qualche particolare della sua vita che lo caratterizza per un medico eminentemente filantropo.

**Presentazione di opere e corrispondenze**

Il SEGRETARIO presenta le opere inviate in dono all'Accademia (V. in fine della seduta) e comunica la seguente corrispondenza:

1. Il prof. Raffaele Levi di Venezia ringrazia l'Accademia della nomina conferitagli di socio corrispondente nazionale.

2. Il socio ordinario Capranica accetta di far parte di una Commissione incaricata di studiare una questione d'igiene pubblica.

Il dott. Millot Carpentier, inviando un altro suo lavoro intitolato: *Quatre opérations d'ovariotomie suivies de trois guèrisons et d'une mort*, sollecita dall'Accademia la nomina di socio corrispondente estero.

Il PRESIDENTE: Rimetteremo la deliberazione sulla candidatura del dott. Millot al giorno in cui saranno fatte altre proposte di soci corrispondenti.

Ora mi è grato fare speciale menzione dell'opera del prof. Valenti, intitolata: *Lezioni di patologia generale*, annunciata già dal Segretario, unitamente alle altre giunte in omaggio all'Accademia.

Io rilevo con grande soddisfazione che l'egregio autore ha seguito in questo suo trattato gli antichi programmi del medico insegnamento, i quali concedevano alla patologia generale una posizione del tutto autonoma. Non posso che associarmi completamente alle idee del Valenti, che sono del resto quelle d'illustri uomini come l'Ercolani, il Tammassia, il Billroth, il Vunderlik. Chi non vede che la etiologia, per esempio, non può essere convenientemente studiata in ciascuno di quei tanti rami delle scienze naturali (chimica, fisica, geologia, meteorologia, igiene, ecc.) perchè questi studi ausiliari vengono riguardati dal patologo sotto un punto di vista diverso da quello del semplice naturalista?

Io non potrei dunque che far plauso all'autore

per questa sua bella pubblicazione, la quale fornisce agli alunni, prima di entrare nella clinica, quel corredo di cognizioni preliminari, quell'insieme di criteri generali della scienza, che sono indispensabili per affrontare molte questioni cliniche e rendersene familiare il linguaggio.

Il socio **PIERMARINI**: Faccio eco io pure alle parole di encomio pronunziate dall'esimio nostro Presidente in favore dell'opera del prof. Valenti, al quale desidererei che l'Accademia desse una pubblica dimostrazione d'onore.

Il socio **MAGGIORANI**: Mi unisco ai giusti apprezzamenti dati dal nostro Presidente sull'opera del Valenti.

Il **PRESIDENTE**: Al desiderio manifestato dal Piermarini, che è certamente quello di tutti i Soci, soddisferà io credo la proposta che io presento all'Accademia, di associarsi cioè alle lodi tributate al Valenti.

L'Accademia all'unanimità approva la proposta del Presidente.

Il **PRESIDENTE**: Ora dò la parola al socio Pantaleoni per una comunicazione d'urgenza e che non figura nell'ordine del giorno della seduta.

Il socio **PANTALEONI**: A voi tutti probabilmente sarà nota la esistenza in Londra dell'*Harveyan medical Society*, nella quale annualmente si celebra con un discorso la memoria dell'Harvey fondatore

dell'Accademia, e che gl'inglesi riguardano come lo scopritore della circolazione del sangue.

In quest'anno, incaricato il mio amico Dott. Iohnson di Saville Rou a leggere la prolusione, mi scrisse per chiedermi informazioni di una lapide che si sarebbe eretta nell'Università di Pisa per celebrare, come il vero scopritore della circolazione, il Cesalpino. Replicai che in ciò egli era male informato, ma gli detti notizia della lapide messa a nome anco dell'Accademia nostra, nella scala della Sapienza, ed inviai copia dell'orazione pronunziata dal nostro Prof. Maggiorani e dal socio Scalzi in quell'occasione.

Il sig. Iohnson parla di pretese italiane messe in piena luce, come sapete, dal Ceradini; e siccome nella di lui prolusione si disapprovano in qualche modo queste nostre onoranze, e le stesse espressioni delle nostre lapidi e di più si confutano le opinioni emesse dai nostri colleghi, così mi è parso acconcio di annunziare il fatto, mettendo a disposizione dei soci la copia inviata dal signor Johnson onde la esaminino; e se credono che sia del caso, se ne tenga parola da qualcuno dei più interessati nella polemica, in altra seduta dell'Accademia.

Il socio MAGGIORANI: Le critiche principali che si trovano nel discorso del sig. dott. Johnson sono dirette contro il prof. Ceradini di Genova, sostenitore, come sapete, del Cesalpino; però v'ha anche in quel discorso una condanna e questa è tutta a carico della lapide inaugurata dall'Accademia per onorare, nel Cesalpino, lo scopritore della circolazione sanguigna.

Io non so se l'Accademia intenda assumere per

se la difesa di quanto in quella lapide è detto; comunque io mi sento in dovere, come autore della medesima, di dimostrare che non v'ha espressione alcuna che non sia conforme a verità.

Il PRESIDENTE: Io son certo che l'Accademia ascolterà molto volentieri le illustrazioni del professor Maggiorani.

Il socio MAGGIORANI: Siccome le mie dichiarazioni potrebbero occupare un tempo soverchio, così per non ingombrare gli odierni lavori accademici, mi riservo di parlare nella prossima seduta a proposito del processo verbale.

L'Accademia acconsente.

Il socio TOSCANI: Nel ringraziare di nuovo l'Accademia dell'onore conferitomi di suo rappresentante al Congresso internazionale d'igiene tenutosi in Ginevra nel passato settembre, sarei in obbligo di far note le materie e discussioni trattate in quel Congresso. Se non che avendo io, come anche rappresentante del Municipio, dovuto stampare la relazione del Congresso, ho creduto più opportuno presentarne un numero sufficiente di copie all'Accademia, onde risparmiare una lunga lettura.

Il PRESIDENTE ringrazia il Toscani a nome dell'Accademia.

Il socio MAZZONI: Presento un malato, nel quale ho praticata una *blefaroplastica* per riparare alla

doppia mancanza della palpebra superiore ed inferiore.

Con questa presentazione intendo far rilevare il secondo tempo della detta operazione, la quale venne eseguita col processo del Frik modificato dal Baroni che, come sapete, prendeva il vasto lembo dalla fronte.

Fu mio intendimento fare attecchire il vasto lembo alle due palpebre, come difatti è avvenuto, e attenderne la naturale retrazione, onde avere poi una stoffa ben preparata e addatta all'ufficio di questi due veli. Voi sapete esser questo il concetto della plastica italiana o alla Tagliacozzi; il quale metteva una cura tutta speciale nel *coltivare* il lembo che doveva servire d'innesto per correggere la deformità.

Mi farò un dovere di ripresentare il malato quando avrò compiuta la operazione coll'apertura delle due palpebre.

Il socio INCORONATO: Ho l'onore di presentare all'Accademia un *preparato anatomico del sistema arterioso* degno d'attenzione per una doppia anomalia che vi si scorge. La prima, per verità non rara a riscontrarsi, è la provenienza dell'arteria vertebrale sinistra direttamente dall'arco aortico; la seconda consiste nell'assoluta mancanza della tonaca elastica, e della interna in una grande zona dell'arteria succlavia sinistra, senza che la membrana esterna presenti dilatazione alcuna. Questo fatto è abbastanza singolare perch'io senta la necessità di studiarlo a fondo e sottoporvi in seguito le mie considerazioni.

Il socio SCIAMANNA presenta un malato di *atassia locomotrice*.

Il malato che ho l'onore di presentare a questa

Accademia, mi fu diretto un anno e mezzo fa dall'egregio oculista sig. dott. Martini.

Questo collega aveva constatato sul nostro infermo l'atrofia bianca della papilla. Interrogandolo, rilevai come esso, rimasto sempre perfettamente sano fino al 1866, in quell'epoca, essendo soldato, ebbe un ulcero al prepuzio che fu designato, dai medici che lo curarono, per un ulcero duro; malattia della quale non guarì che dopo più che un mese di cure, e dopo essere stato qualche giorno all'ospedale militare. Guarito di quella infezione, non incontrò altre malattie, salvo che nel 1872 incominciò a soffrire, come egli dice, dolori per le ossa. Interrogato appositamente, descrive questi dolori dicendo; che talora sono come lancettate o profonde punture di spilli, talora trafitture di un istromento lacerante, e che affliggono specialmente la regione interna delle coscie, le ginocchia, le sure. Dice inoltre che questi attacchi dolorosi gli si sono più o meno sempre mantenuti fino all'epoca presente, ma che non gli hanno mai impedito di esercitare il suo faticoso mestiere di facchino.

In questi ultimi tempi i dolori si sono fatti più frequenti, e alle forme suddescritte si è aggiunto un senso di costrizione al collo del piede che di tanto in tanto lo tormenta. Più spesso che per lo addietro si verificano delle giornate, durante le quali i dolori gli si presentano più frequentemente ed invadono a preferenza una sola gamba, nella quale in punti vicini si succedono le lancettate a così brevi intervalli, da fargli l'impressione di colpi di stile, datigli l'un dopo l'altro da una stessa mano.

Nel giugno del 1881 si accorse che egli non vedeva più bene, e che specialmente coll'occhio si-



nistro di giorno in giorno gli oggetti gli si presentavano più offuscati. Avvertì contemporaneamente in quest'occhio una sensazione per la quale gli sembrava, come egli dice, che il globo volesse uscir fuori dall'orbita. Fu allora che egli si diresse dal dott. Martini, il quale come ho già accennato, constatò in ambo gli occhi, e prevalentemente nel sinistro, quella forma dell'atrofia della papilla che è detta atrofia atassica.

All'esame obbiettivo che io feci per appurare il sospetto che l'esame oftalmoscopico aveva fatto nascere, oltre agli importanti dati anamnesici che ho notati, si rivelò ancora assolutamente abolito il fenomeno riflesso del tendine rotuleo. Di più un manifesto lieve esoftalmo dell'occhio sinistro, miosi a destra (sull'occhio sinistro era stata applicata l'atropina).

Del resto nessuna alterazione della sensibilità cutanea, normale il senso muscolare, e non v'era alcuna alterazione relativa alla coordinazione dei movimenti, nemmeno ad occhi chiusi.

Tornai ad esaminare più volte il malato e a udire più volte da lui la descrizione degli attacchi dolorosi, che nell'epoca in cui veniva a consultarmi lo affliggevano; e esaminati più volte i riflessi tendinosi, stabilii la diagnosi di atassia locomotrice incipiente, in base all'atrofia della papilla, alla miosi, agli accessi di dolori folgoranti e costrittivi, all'abolizione dei riflessi tendinosi degli arti inferiori.

Nello stato attuale della questione circa i rapporti fra le sifilide e la tabe, non poteva non prendere in seria considerazione, l'ulcero pregresso, tanto più che io stesso sono stato così fortunato di constatare il fatto notato da Erb che cioè spesso una

cura antisifilitica mercuriale energica vale ad arrestare un'incipiente atassia anche in individui i quali non ebbero a soffrire che molti anni prima un ulcero di dubbia natura per i dualisti, e non seguito mai da affezioni sifilitiche secondarie. Anche in questo caso ordinai un energica cura di frizioni (gram. 5 al giorno di pom. merc.) senza rinunciare ai rimedi comuni quali le cauterizzazioni lungo la colonna vertebrale e la stricnina per uso interno ed iniezioni ipodermiche, che venivano praticate nelle regioni temporali dal sig. Dott. Martini.

Dopo sette o otto mesi, durante i quali aveva consumati 240 gm. di pom. merc., facendo fra una serie di frizione e l'altra dei lunghi riposi, e si era per due volte sottoposto alle cauterizzazioni trascorrenti lungo la colonna vertebrale, il malato andava sensibilmente migliorando. Nello scorso Luglio però una mattina si svegliò sentendosi fortemente addolorato l'occhio sinistro, marcata la sensazione d'esoftalmo, grande difficoltà nel sollevare la palpebra superiore, che anzi non poteva sollevare che imperfettamente, e finalmente con ambedue gli occhi aperti, visione doppia dal lato destro.

Quando il malato si presentò a me il giorno successivo potei constatare la paralisi di tutto l'oculomotore-comune di sinistra, non esclusa una relativa midriasi. Il malato accusava un dolore dal lato sinistro della testa verso la regione occipitale. L'occhio che dal principio della malattia si era fatto meno prominente, mostrava un più marcato esoftalmo. Iniettata la congiuntiva oculare, turgida la congiuntiva oculo-palpebrale. Con correnti faradiche forti e eccitatori umidi applicati uno grande alla nuca e l'altro sottile sul globo oculare all'angolo interno

dell'occhio il più profondamente che mi fosse possibile, non riuscii ad ottenere alcuna contrazione del retto interno. Nessuna reazione ottenni colla corrente galvanica applicata nello stesso modo.

Dopo questo nuovo sintoma, le condizioni alquanto migliorate nella visione non avevano sensibilmente peggiorato, e guardando coll'occhio sinistro tenendo chiuso il destro, concedeva sempre il malato di vederci assai meglio che qualche mese addietro. Però egli era costretto a tener sempre una benda sull'occhio sinistro, per la confusione che gli producevano le immagini doppie. Senza che io facessi alcun cambiamento nella cura che aveva istituito, ma solamente applicando una terza volta il termo cauterio e questa volta lungo la regione cervico dorsale, e facendo fare un'altra serie di frizioni mercuriali (60 gm. in 12 volte) sottoponendolo quindi all'uso interno dello joduro di potassio unito alla soluzione del Fowler; andò lentamente migliorando e dopo un pajo di mesi era scomparsa la blefaroptosi, ristretta la pupilla quasi come nell'altro occhio, e incominciati alcuni movimenti del retto interno, retto superiore ed inferiore, diminuito e quasi scomparso l'esoftalmo.

Attualmente si può constatare come sia solamente rimasta in quest'occhio una paresi dell'obliquo inferiore che è sperabile vada scomparendo col tempo.

La ragione per la quale ho voluto io presentare all'Accademia questo malato non è solamente perchè esso ci rappresenta un caso di più, fra quelli che in questo momento servono a dimostrare gli stretti vincoli che esistono fra la siflide e la tabe, ma soprattutto perchè i fenomeni presentati nel periodo iniziale dell'atassia nel nostro infermo, servono a ren-

derci in qualche modo ragione di alcuni fatti che si verificano comunemente nell'esordire di questa malattia, e che a prima vista sembrerebbero essere in contradizione col noto relitto patologico (sclerosi dei cordoni posteriori).

Che nel nostro individuo il quadro patologico nervoso sia in rapporto di causalità con una siflide costituzionale, mi pare sia sufficientemente provato dall'efficacia che la cura antispecifica ebbe sopra sintomi, i quali quando dipendono da cause comuni non cedono facilmente ai mezzi che l'arte possiede. Prescindendo del resto dal caso attuale, il fatto che l'atassia locomotrice progressiva rappresenti per lo meno assai frequentemente il quadro d'una siflide terziaria del sistema nervoso, è già ampiamente dimostrato da un gran numero di osservazioni e fatti statistici raccolti dai migliori neuropatologi. Io dirò solo che di 14 atassici dei quali ho raccolto accuratamente la storia, 11, fra i quali una donna, o erano stati indubitatamente sifilitici, o almeno avevano avuto un'ulcero. Tre, fra i quali pure una donna, erano certamente stati sempre immuni da ogni infezione sifilitica.

Relativamente ai sintomi che credo nel nostro caso degni di studio, faccio notare loro che potendosi considerare l'atrofia della papilla e la diplopia, che assai spesso verificansi nel 1.<sup>o</sup> periodo dell'atassia locomotrice, come fatti esclusivamente cerebrali, potrebbe sembrare infirmato il concetto che l'atassia locomotrice sia una malattia essenzialmente circoscritta alla spina. Se non che a combattere l'origine cerebrale dei suddetti sintomi, può invocarsi una alterazione del simpatico cervicale.

E nel nostro infermo il fenomeno iniziale dell'e-

softalmo sta a provarci in una maniera solenne uno stato irritativo del simpatico cervicale.

Una alterazione di funzionalità di questo deve considerarsi come la causa immediata più probabile e della miosi e delle vertigini. Uno stato irritativo del simpatico cervicale varrebbe molto bene a renderci ragione, dell'atrofia della papilla che, come è noto, in questa forma morbosa ha i caratteri principalmente dell'ischemia. E la diplopia e i disturbi di accomodamento che si verificano tanto frequentemente e indipendentemente dall'atrofia della papilla nel 1° periodo di questa malattia e che sono passeggeri, potrebbero essere egualmente spiegati per una alterazione irritativa o paralitica dei nervi ciliari e dello stesso tronco dell'oculo-motore comune consecutiva ad alterata funzionalità del simpatico cervicale, che pel ganglio oftalmico ha col terzo paio tanti rapporti intimi. In un modo analogo potrebbe interpretarsi l'alterazione meno frequente d'altri nervi cerebrali specialmente se passeggera o ricorrente.

Così verrebbe nel nostro infermo facilmente concepita la genesi e agevolmente spiegato il decorso di quella grave paralisi dell'oculo-motore comune che cedette abbastanza prontamente ai mezzi usati.

L'ipotesi che l'atassia locomotrice progressiva nel suo primo stadio non sia che una alterazione funzionale del simpatico, d'una o d'altra regione, non mi sembra contraddetta da alcuno dei sintomi precoci o tardivi dell'atassia: e purchè si supponga possa essere nei diversi casi o in momenti diversi dello stesso caso, o in diverse regioni ora prevalentemente irritativa or paralitica, vengono facilmente spiegati e le nevralgie del 5° paio e le crisi gastriche e i dolori

folgoranti nelle estremità, e le artropatie e finalmente anche il reperto necroscopico che ci viene offerto nelle atassie che han durato lunghi anni.

### Comunicazioni e Discussioni

Il socio DURANTE espone il seguente *Progetto di una camera operatoria asettica*:

Il continuo affaticarsi dei più distinti chirurghi europei intorno all'arte del medicare mostra all'evidenza che malgrado i progressi della medicatura asettica, ancora siam lungi dall'ottenerla in tutti i casi e specialmente negli stabilimenti ospitalieri. Senza dubbio la rigorosa igiene negli ospedali, la polverizzazione e l'aria medicata ottemperano la influenza nociva del contatto dell'aria, in specie dei germi che contiene in sospensione, colla superficie delle ferite e delle piaghe.

Ma nè la polverizzazione alla maniera di Lister nè la insufflazione alla maniera del Corradi, potranno mai distruggere i microorganismi che la stessa aria insufflata e la polverizzazione fanno scorrere a depositare sulle lesioni di continuo. Dal che risulta che nella maggior parte dei casi l'influenza dei *schizomiceti* vien paralizzata ma non distrutta dalla medicatura asettica e basta la più lieve trascuraggine o inavvertenza in coloro che sono destinati alle medicature perchè una ferita o piaga asettica divenga settica, specialmente laddove l'igiene non è rigorosamente osservata.

La medicatura asettica si rende di più difficile applicazione negli stabilimenti destinati allo inse-

gnamento, dove la numerosa scolaresca proveniente in gran parte dalle sale anatomiche e dagli ospedali rappresenta un fattore non indifferente della importata infezione.

Per ovviare a questi gravi inconvenienti io ho ideato una Camera di operazione nella quale all'aria ospitaliera si può facilissimamente sostituire un aria purissima e medicata, non sottraendo gli operandi e gl'infermi da medicarsi, allo sguardo degli studiosi.

Lo spazio occupato dal letto di operazione e dagli operatori deve essere isolato dalla gradinata, dove seggono gli allievi, da un sistema di cristalli esattamente connessi e formanti una parete continua fino al lucernario della sala, che deve essere ampio quanto il campo operativo per avere in esso abbondante quantità di luce dall'alto. In tal guisa l'atmosfera respirata dalla scolaresca è perfettamente isolata dall'atmosfera occupata dagli operatori e dall'operando.

Per estrarre l'aria dall'ambiente di operazione e sostituirvene una pura e medicata, basterà mettere in comunicazione coll'esterno il detto ambiente, mediante un aspiratore munito di una lampada a gas, mentre l'aria di sostituzione sarà obbligata per mezzo di un apparecchio insufflatore a traversare una colonna di una soluzione asettica e successivamente vari strati di filtro. Così operando, mano a mano che l'aspiratore porta via l'aria impura, l'insufflatore vi sostituisce l'aria purissima e medicata. Preparato in tal guisa l'ambiente si farà entrare l'infermo nella sala.

L'infermo ed il suo letto debbono essere sottoposti ad una rigorosissima nettezza prima di entrare nella camera operatoria, e se ivi giunto occorrerà, per l'o-

perazione da eseguirsi, un letto speciale questo potrà subito sostituirsi nella camera stessa, dove dovrà permanentemente trovarsi un letto meccanico appositamente costruito per talune operazioni.

L'ingresso nella camera operatoria deve essere differente dall'ingresso che conduce alla gradinata, e ciò perchè l'ambiente occupato dall'uditorio non sia in diretta comunicazione colla sala suddetta, alla quale limitrofi dovranno trovarsi un *lavabo* e l'*armamentario chirurgico*. Questi ambienti vengono anch'essi disinfettati, mettendoli, coll'aprir la porta, in comunicazione colla camera operatoria.

L'operatore, gli assistenti e gl'inservienti debbono disinfettarsi prima di entrare in azione ed indossare un abito apposito formato di un tessuto che possa lavarsi ogni volta che è stato messo in uso.

In un Ospedale di nuova costruzione, questa camera operatoria dovrebbe servire anche per le medicature, facendo scorrere sopra un sistema di binari gli operati coi loro letti. In tal modo si avrebbe il vantaggio di sottrarre le lesioni di continuo dal contatto dell'aria delle sale e di applicare la novella medicatura nelle migliori condizioni igieniche possibili. Inoltre tutto il materiale che impregna la medicatura tolta, dovrebbe venire rimosso con un sistema di vasi chiusi, e ciò per impedire che rimangano nella sala le benchè minime tracce di materiali organici, che rappresentano un terreno fecondo allo sviluppo dei microrganismi.

Come è facile a comprendersi, questa forma di camera operatoria non è acconcia per impartire lo insegnamento, non potendo trasmettersi la voce del Maestro agli uditori. Egli è perciò, che reputo necessaria accanto alla camera operatoria la co-



struzione di una cattedra ordinaria, dove l'insegnante, il giorno precedente alla operazione, presenta l'operando o gli operandi, illustra i processi morbosi che li tormentano e ne determina il trattamento curativo che verrà applicato il giorno successivo ed occorrendo il giorno medesimo, qualora il caso lo richieda.

Il socio COLASANTI comunica alcuni suoi studi sulla *retina delle Scorpene*.

I recenti lavori del Boll del Kuehne e dell'Angelucci sulla anatomia e fisiologia della retina e dell'epitelio pigmentato retinico hanno richiamato la generale attenzione dei fisiologi. Ma a rischiarare sempre più questo complicatissimo tema dell'anatomia e della fisiologia dell'organo visivo è necessario di fare tutto giorno nuove indagini. A tale scopo mi sono adoperato a continuare i miei studi, dei quali già in parte diedi saggio lo scorso anno in questa Accademia, parlando dell'epitelio retinico dei labroidi.

Per tali ricerche è necessario di prendere ad esame l'organo visivo di quegli animali i quali, per la specialità di conformazione, possono presentare qualche cosa di notevole che contribuisca a chiarire e le nostre ipotesi sulla percezione della luce e sulla visione dei colori.

Le Scorpene corrispondono a questo scopo; esse hanno delle particolarità di struttura non comuni ad altri animali sino ad ora studiati.

1° L'epitelio pigmentato della retina, a differenza degli altri animali, non ricopre i coni ed i bastoncelli, ma i semplici coni.

2° La distribuzione dei coni e dei bastoncelli è fatta in modo, che lo strato, così detto visivo del Muëller, presenta l'aspetto, non comune con gli altri animali. Esso si foggia come tante croci greche fra loro collegate per le quattro estremità.

3° I coni non sono tutti doppi come d'ordinario avviene nei pesci, ma essi sono parte doppi, parte sdoppi. Hanno poi specialità di struttura nel loro corpo mancando del nucleo. I prolungamenti delle cellule pigmentate li circondano in modo caratteristico.

4° L'epitelio retinico quantunque sia eccezionalmente disposto, presenta non pertanto le stesse proprietà fototropiche come quello degli altri animali.

5° Lo strato visivo della retina poggia sopra un doppio ordine di grandi cellule connettivali della coroidea, pigmentate, alcune in giallo, altre in rosso aranciato. I colori di questo pigmento sono simili a quelli delle goccioline dei coni degli uccelli.

La loro chimica composizione è identica; esse presentano tutte le reazioni della luteina di Capranica e della lipocrina di Kuehne. Come fatto fisiologico poi questo contenuto delle cellule pigmentate credo possa fornire il materiale primo per la formazione della eritropsina del Boll o della rodopsina del Kuehne.

Questo mio modo di vedere sarebbe in rapporto a quanto già avevano immaginato Boll e Capranica nella formazione del rosso visivo, in quegli animali che posseggono luteina o nei coni o nell'epitelio pigmentato.

Il PRESIDENTE: Avendo l'Accademia, nella passata seduta, aderito alla idee del prof. Maggiorani,

circa i danni che derivano dalla presentazione dei neonati entro i primi cinque giorni di vita, all'ufficiale di stato civile, come viene stabilito dall'art. 371 del Codice, ora si tratta di stabilire se si debba emettere un voto per la riforma del detto articolo, come propose il Maggiorani.

Il socio TOSCANI: Il prof. Maggiorani, mi pare, che abbia invocato ad esempio il modo onde i medici e giureconsulti sogliono interpretare in Francia questa stessa legge. Io non credo necessario per noi italiani di ricorrere all'esempio altrui, e molto meno di domandare la riforma del citato art. 371, il quale non fissa punto il luogo della presentazione del nato, ed è tanto liberale, che arriva fino al punto da ammettere una dispensa, per circostanze gravi, dallo stesso obbligo della presentazione. È questione tutta di interpretazione ed applicazione, e Roma ha saputo dare il buon esempio. Quando in Roma andette in vigore il Codice civile italiano, il Municipio non esitò un istante ad organizzare la constatazione delle nascite a domicilio col mezzo degli stessi medici municipali. Niuna questione è mai insorta pel modo col quale si è interpretato presso di noi l'obbligo della presentazione del neonato; interpretazione che può ritenersi ormai sancita dalla nostra giurisprudenza.

Io dunque sarei di parere che piuttosto che emettere un voto per la riforma dell'art. 371 del Codice civile, l'Accademia avesse a far pratiche perchè sieno indotti tutti i Comuni del Regno a seguire l'esempio di quello della capitale.

Il socio CAPRANICA: Io trovo nell'opera del Zaccaria una osservazione molto opportuna a chiarire

questo punto di giurisprudenza. Nel Codice francese, non altrimenti che nell'italiano, è detto che il neonato dev'essere presentato all'ufficiale dello stato civile. Or bene il Zaccaria giustamente osserva; « Che la presentazione del neonato è necessaria per prevenire ogni frode; ma la legge non precisa appositamente il luogo ove la presentazione deve essere fatta. L'ufficiale dello stato civile dunque può trasportarsi al domicilio della madre. »

La interpretazione data dall'autorità municipale di Roma a questo articolo, non sarebbe dunque in contraddizione colla parola stessa della legge.

Io accetto perciò completamente la idea del professor Toscani.

Il socio MAGGIORANI: La Società italiana d'igiene si è sempre e vivamente preoccupata dei danni che derivano ai neonati dalla severa applicazione di questo articolo di legge, e mentre gli uomini egregi che dirigono questo benemerito Sodalizio hanno creduto di indirizzarsi al Governo onde ottenere la modificazione della legge, ciò significa che si saranno convinti che una semplice disposizione di giurisprudenza non può bastare ovunque alla tutela che la società reclama per i neonati. La giurisprudenza è transitoria; la sola legge è stabile.

Il socio TOSCANI: In questo caso però nel quale la interpretazione non contraddice alla parola della legge, come rettamente fece notare anche il Capranica, io credo non sieno troppo giustificati i timori cui accennava l'esimio preopinante. Io sono del resto favorevole alla massima che l'Accademia debba prendere una parte a questa questione igienica vera-

mente vitale; ma dico che la sua azione, perchè abbia un qualche risultato pratico, dev'essere rivolta o direttamente o indirettamente ai Comuni del Regno, e non già al Governo ove troverebbe difficoltà insormontabili alla modificazione della legge.

Il socio MAGGIORANI: Io non so quale autorità eserciterebbe presso i Comuni del Regno un appello dell'Accademia nel senso che proporrebbe il socio Toscani. Pei municipi delle grandi città il portare ad esempio ciò che si fa nella capitale potrebbe essere stimolo sufficiente, ma pei piccoli Comuni è necessaria la legge.

Il socio TOSCANI: Mi pare che il prof. Maggiorani abbia altra volta accennato al niun favore col quale venne accolta dal Ministro guardasigilli la proposta di emendamento all'art. 371; lo insistere su questa proposta, che d'altronde per le addotte ragioni non apparisce da vera necessità giustificata, riesce dunque per lo meno inopportuno. È mestieri, ripeto, saper bene applicare la legge; ed è perciò che il rivolgersi ai Comuni mi sembra cosa più proficua. Io credo poi che più i Comuni sono piccoli e più sia facile la verifica a domicilio da farsi dal medico condotto.

Il socio RATTI: La legge dispensa dalla presentazione soltanto per *gravi circostanze*, ma poi non specifica chiaramente il luogo della presentazione; dice solo che deve farsi all'ufficiale e non all'ufficio dello stato civile, e in questa parte il Codice riesce purtroppo oscuro.

È però indubitato che la disposizione del Municipio

di Roma, di far verificare le nascite a domicilio col mezzo di medici verificatori, non avendo trovato opposizione da parte delle autorità governative centrali, ciò significa che la interpretazione data dal Municipio all'art. 371 è eccettata dal Governo perchè è la più logica.

Il socio BASTIANELLI: Il prof. Maggiorani si preoccupa dei piccoli Comuni, ove non crede facile lo introdurre la consuetudine della verifica a domicilio. Io posso assicurare d'aver veduto in più di un piccolo Comune che il medico condotto, nella sua qualità d'ufficiale dello stato civile, va ad eseguire, nel domicilio del neonato, l'atto di verifica. È dunque evidente che una tale consuetudine si va facendo strada tra le popolazioni ove pure cominciano a penetrare i sani precetti della igiene. Ma ciò non basta secondo me a tutelare la umanità nei primordi della vita; v'ha pure una pratica religiosa, il battesimo, che non meno dell'atto civile della verifica del sesso è spesso cagione di gravi inconvenienti nella salute dei neonati. Io vorrei che l'Accademia nell'esprimere il suo voto, raccomandasse anche la somministrazione del battesimo a domicilio, quando speciali circostanze di clima, di luogo, di stagione lo rendessero necessario.

Il PRESIDENTE: Io non credo opportuna questa raccomandazione, tanto più che pel battesimo non v'ha termine perentorio come si richiede per la verifica civile.

Il socio RATTI: Io posso assicurare che anche in tempi molto anteriori ai presenti, le autorità reli-

giose, per speciali contingenze, concessero la somministrazione del battesimo a domicilio. Io feci un voto in questo senso per una famiglia di Sulmona, ed il competente tribunale ecclesiastico ordinò che quando le condizioni atmosferiche lo esigessero, il parroco dovesse accedere alla casa del neonato.

Il socio BASTIANELLI: Anche il Pietrasanta cita un caso di un paese della Francia, in cui verificandosi una grande mortalità di neonati per una epidemia catarrale, il vescovo, dietro i ripetuti reclami dei medici, impose al curato di somministrare il battesimo a domicilio. Questi però sono casi troppo eccezionali e che le stesse leggi canoniche non omettono di contemplare. Ma qui trattasi di un voto di un'Accademia medica in una questione gravissima d'igiene dei neonati, e mi pare che sia necessario di considerarla in tutti i suoi lati. La legge deve essere il più che si può comprensiva.

Il socio TOSI: Nella città di Modena è invalsa la consuetudine di farsi rilasciare dal medico un attestato di gracilità del neonato, e con questa, che il più delle volte è una pietosa bugia, si suole eludere la legge. Io per me sarei di parere che allorchè una legge, per la sua poca chiarezza, può dar luogo a varie interpretazioni, il migliore espediente sia quello di modificarla.

Il socio TOSCANI: Io propongo all'Accademia la votazione del seguente ordine del giorno:

« L'Accademia di medicina,

« Visto che l'art. 371 del Codice civile, non fissa

il luogo ove si deve effettuare la presentazione del neonato ;

« Considerando che detto articolo di legge ha già ricevuto una pratica interpretazione in forza della quale si è inteso ottemperare al prescritto del medesimo coll'accertamento della nascita a domicilio, con che si è seguito lo spirito della legge senza offenderne la parola;

« Visto che tale interpretazione adottata da parecchi anni in Roma, sede delle autorità centrali, non ha mai incontrata alcuna opposizione da parte dell'autorità giudiziaria;

« Riconoscendo che la giurisprudenza ha già data la sua sanzione alla detta interpretazione ;

« Esprime l'avviso che non sia mestieri domandare la riforma del testo dell'articolo succitato;

« Occorra invece inculcare ai Comuni che, imitando l'esempio della capitale, vogliano tutti fare eseguire l'accertamento delle nascite a domicilio, e ciò nell'interesse della pubblica igiene. »

L'Accademia approva a grandissima maggioranza di suffragi, e incarica la Presidenza di pensare al modo con cui dovrà darsi esecuzione a questo suo voto.

Il PRESIDENTE fa quindi distribuire le schede per la rinnovazione parziale delle cariche. A norma dell'art. 22 dello Statuto e della disposizione transitoria le cariche da rinnovarsi sono: il Presidente, il Vicesegretario e l'Economo-Cassiere.

Terminato lo scrutinio si ha i seguenti risultati :

*Presidente* prof. Luigi Galassi, *Vicesegretario* dott. Leopoldo Bertini, *Economo-Cassiere* dott. Attilio Donarelli.



Il seggio della presidenza per l'anno 1883 viene per conseguenza costituito come segue:

*Presidente* prof. Luigi Galassi — *Vice-Presidente* prof. Costanzo Mazzoni — *Segretario* dott. Cesare Brunelli — *Vice-Segretario*, dott. Leopoldo Bertini — *Consiglieri* dott. Diomede Pantaleoni e dott. Giulio Bastianelli — *Economo-Cassiere* dott. Attilio Donarelli

La seduta si sciolse alle 2 1/2 pom.

**Il Segretario**  
**Dott. C. BRUNELLI**

**Il Presidente**  
**PROF. L. GALASSI.**



## OPERE INVIATE ALL'ACCADEMIA

---

Sulla natura e guaribilità della tisi polmonale; del Dott. *Luigi Concetti*.

Insuccesso dell'estratto etereo di felce maschio, come antelmintico; del Dott. *Ernesto Parona*.

Gravidanza extra-uterina tubo-addominale; storia e considerazioni del Dott. *R. Rainaldi*.

Descrizione dei crani umani rinvenuti fra le ruine dell'antica Pompei; del Prof. *Giustiniano Nicolucci*.

Sopra i teschi umani rinvenuti negli scavi di Metaponto; del medesimo.

I primi uomini; studio antropologico; del medesimo. Sul personale sanitario dello spedale civile di Padova del Dott. *F. Fanzago*.

Del caffè e delle sue applicazioni alimentari e terapeutiche; del Prof. *Pavesi*.

Du principe de la Rage et de ses moyen de guérison; par *Louis Mond*.

Du role de la dentition dans la pathologie enfantine; del Dott. *Zinnis*.

La prophylaxie des maladies vénériennes et plus particulièrement de la syphilis; Relazione presentata al Congresso degl'Igienisti dal Prof. *Sormani*.

Contribution à la géographie médicale; par le Dott. *Frédéric Eklund*.

Discurs prononcé sur le service médicale des hôpitaux de Bruxelles; par le Doct. *Kops*.

Transactions of the medical and chirurgial Faculty of the state of *Maryland*.

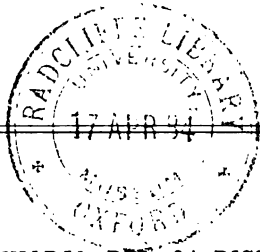
La constation des naissances à domicile. Lettres à M. le Prof. C. Maggiorani, par M. le Docteur *P. De Pietra Santa*.

1° e 2° Rendiconto del R. Istituto ostetrico annesso all'Ospizio di Maternità nella Università di Parma; del prof. *Giovanni Calderini*.

- Del metodo nella scienza e nell'insegnamento, e delle riforme universitarie; del medesimo.
- Alcuni vizi congeniti dell'apparato genitale, osservati dal medesimo.
- Note cliniche di ginecologia; del medesimo.
- L'esame del latte delle nutrici nella pratica medica: Note sperimentali del medesimo.
- Per la riabilitazione del cefalotribo italiano nelle stenosi pelviche gravi; del medesimo.
- Esportazione dell'utero dalla vagina; del medesimo.
- I bacini asimetrici: osservazioni cliniche del medesimo.
- Note cliniche di ostetricia; del medesimo.
- La ostetricia e la ginecologia nelle Università tedesche: Relazione al Ministero dell'istruzione pubblica; del medesimo.
- Lezioni di Patologia generale, parte seconda; del prof. *Antonio Valenti*.
- Fenomeni prodotti dall'applicazione della corrente elettrica sulla dura madre e modificazione del polso cerebrale. Ricerche del prof. *Ezio Sciamanna* e *G. Mengazzini*.
- Climat de Menton, sa spécialisation médicale par *M. Cazenave de la Roche*.
- Quatre opérations d'ovariotomie suivies de trois guérisons et d'une mort: par le D.<sup>r</sup> *Millot-Carpentier*.

---

**Errata-corrige.** — Nel Bullettino di ottobre u. s. a pag. 273, linea 27, in luogo di *bocca aperta* deve dirsi *bocca chiusa*.



## SEDUTA ORDINARIA DEL 31 DICEMBRE 1882

PRESIDENZA DEL PROF. LUIGI GALASSI

**SOMMARIO.** — Comunicazioni della Presidenza. — Discussione a proposito del verbale: **Maggiorani, Scalzi.** — Presentazione di due operati d'ascesso epatico: **Tassi** (osservazioni: **Durante**). — Della termometria nella meningite tubercolare dei bambini: **Biasi** (osservazioni: **Maggiorani, Fedeli, Biasi**). — Un caso di neo pigmentato: **Durante.** — Proposta igienica: **Ratti.** — Opere inviate all'Accademia. — Cronaca accademica.

Il processo verbale dell' antecedente adunanza straordinaria è letto ed approvato.

**Presentazione di opere e corrispondenze**

Il SEGRETARIO presenta le opere inviate in omaggio all'Accademia (V. in fine della seduta) e comunica la seguente corrispondenza:

Il prof. CECI di Camerino ringrazia l'Accademia della nomina conferitagli di socio corrispondente.

Il sig. MARZIANI chirurgo-dentista in Senigaglia ringrazia pure l'Accademia d'avergli concessa la pubblicazione, nel Bullettino accademico, della comunicazione da lui fatta sulla protesi buccale.

Il prof. GALASSI ringrazia l'Accademia d'averlo rieletto presidente e pronunzia alcune parole atte a manifestare il suo vivo desiderio di rispondere con tutto il buon volere alla fiducia in lui riposta dai soci.

Il socio MAGGIORANI: Domanderei la parola a proposito del processo verbale.

Il PRESIDENTE: Parli pure.

Il socio MAGGIORANI: Promisi già di parlare a proposito di quella parte del processo verbale, in cui si fa cenno della questione su Cesalpino. Desidero uscire una volta d'impegno coll'Accademia, dimostrandole che la meraviglia o, per meglio dire, la lagnanza dal sig. D<sup>r</sup>. Johnson espressa nel suo *discorso Arvejano* intorno alla iscrizione onoraria innalzata quì alla memoria dell'aretino, lungi dall'essere motivata riesca anzi al tutto ingiusta.

È ben vero che la critica dell'autore inglese si riferisce forse alle sole parole della epigrafe che riguardano la circolazione del sangue, concedendo esso, nel resto, come Cesalpino risplendesse di originalità e di vasto sapere nelle scienze della natura; ma anche in quelle ho fiducia di mettere in chiaro non esservene alcuna che non sia fedelmente conforme alla verità storica.

Parla infatti l'iscrizione di circolazione *generale* del sangue (*in generali sanguinis circulatione*): ora chi potrebbe dubitare che l'Aretino abbia significato cotesta generalità del moto sanguigno quando, scrisse: « *Motus igitur continuus a corde in omnes corporis partes agitur* » (quaest. Perip. L. V. T. IV) e che

« *fugit enim sanguis ad cor tamquam ad suum principium* » (ib. quaest. III). E quale altra interpretazione può darsi a tali passi se non quella di una circolazione generale del sangue, se il fluido partendo dal cuore si distribuisce a tutte le parti del corpo, e da queste rifugge al cuore siccome al suo principio ?

Ha obbiettato il Johnson che la frase di circolazione generale del sangue, negli scritti di Cesalpino, non si rinviene, e che questa solenne parola di circolazione egli usò unicamente nel far motto della polmonale: « *Huic sanguinis circulationi ex dextro cordis ventriculo per pulmones in sinistrum ejusdem ventriculum etc* ». (ibid.) ove è da ricordare che nella lingua latina il pronome dimostrativo *hic*, dichiarante lo stato presente, si adopera spesso in antitesi ad altro stato che presente non è, ma armonizza con questo, « *occupat hic collem, cymba sedet alter adunca* » (Ovid.) Perciò scrivendo : *huic sanguinis circulationi* nell'accennare la polmonale, è assai ragionevole il credere che vi si alludesse all'*alteri* della generale. Ad ogni modo, quando si è parlato di un *moto continuo* del sangue dal cuore alle parti, e della sua fuga da queste al cuore, mi par chiaro che con ciò sia necessariamente significato un vero circuito del sangue, senz'anche aver ripetuta la parola *sacramentale* di circolazione generale del sangue.

Quanto poi all'esprimere il grado di dottrina posseduta dal Cesalpino in questo ramo del sapere fisiologico, l'iscrizione non poteva mostrarsi più discreta e modesta, mancandoci i verbi più pretendenti di *dete-gere* o di *invenire*, ma adoperandovisi l'*agnoscere* che rappresenta il grado più umile della notizia di un

fatto. Nè le aggiunse assai maggior forza il verbo che siegue (*agnoscenda ac demonstranda*), essendo notissimo come in latino il *demonstrare* rimanesse assai lungi dalla efficacia che al dì d'oggi si attribuisce alla parola *dimostrare* nel linguaggio scientifico.

E quando pure si contendesse che quel vocabolo *dimostrazione*, usato nella presente congiuntura, potesse destare nei lettori una idea più elevata che non fosse quella del semplice *ammettere* o *dichiarare*, come soleva significare presso gli scrittori latini dell'antichità; potesse cioè accennare a prove sperimentali che sorreggessero la tesi; anche in questo la iscrizione onoraria non fallirebbe del tutto alla verità storica; imperocchè il fatto del « *tument venae ultra vinculum non citra* » allegato da Celsalpino a conforto del movimento centrifugo del sangue (quaest. med. L. II q. XVII), o che lo abbia comprovato egli stesso, o che lo abbia raccolto dalla pratica chirurgica del suo tempo, costituisce sempre un dato sperimentale da giustificare la parola *dimostrazione*, ancorachè la si volesse prendere nel senso moderno.

Finalmente la iscrizione insegna come nell'acquisto e nella promulgazione di tali notizie, sulla circolazione del sangue, l'Aretino *caeteros antecesserit*. Ed anche qui, assumendo la parola *antecedo* nel senso proprio e naturale significa precessione nell'ordine di tempo, non prestanza di merito che equivarrebbe a prendere il verbo in senso di traslato. Ed anche qui, ripetiamo di esser nel vero storico, niun altro prima del Celsalpino avendo annunziato colla stampa la conoscenza del movimento circolare del sangue. Pertanto niuna jattanza nella iscrizione cesalpiniana, niuna esage-

razione dei fatti registrati nella storia medica. La iscrizione è pienamente giustificata rispetto ai versi che si riferiscono alla circolazione del sangue, quanto lo è per gli altri titoli, e noi possiamo a buon diritto respingere l'accusa fattaci che, nell'innalzarla, siasi ceduto ad una meschina vanità nazionale!

Del resto, (giova il rammentarlo) non siamo già noi italiani i primi ad invocare la storia in aiuto di Cesalpino; i Francesi ne hanno preceduto di gran lunga. Imperocchè in un'opera clinica, il *Dizionario storico critico di Bayle*, pubblicato sul finire del seicento e ristampato più volte in città diverse, non esclusa la capitale dell'Inghilterra, all'articolo Cesalpino sta scritto: « Ce serait dérober à Cesalpin « une gloire très précieuse que de passer sous silence « qu' il a connu la circulation du sang; les preuves « en sont si claires qu' il n'y a point de chicane qui « puisse les eluder ». (*Dictionnaire historique et critique*. Amsterdam 1840).

Nè si opponga che Bayle era bensì un filosofo, uno storico, un critico, ma non un fisiologo; perocchè il grido di celebrità che si levò presto e universalmente intorno ai pregi dell'opera sua, mostra bene come l'autore, anche nelle materie in cui non era maestro, sapeva attingere i criteri del giudizio alle fonti migliori. E aggiungete che Bayle compose il Dizionario in tempo assai vicino a quello nel quale aveva insegnato e scritto Cesalpino, sicchè potesse regnare ancor viva la tradizione della sua dottrina.

E notate pure la moderazione di Bayle nell'affermare il merito di Cesalpino: egli si limita a dire: « il a connu la circulation du sang » senza pompa, senza amplificazioni. E tale contegno ha pure seguito la R. Accademia Medica di Roma nella sua iscri-



zione, narrando che l'Aretino segnalò il moto circolatorio del sangue prima degli altri. Colla quale esposizione noi fummo assai lontani dal pretendere che Cesalpino fornisse una descrizione del circolo sanguigno così diligente, limpida, completa e accompagnata da prove efficaci, come trenta anni più tardi operò Guglielmo Harvey in Inghilterra. Noi non vogliamo sottrarre una sola fronda alla corona acquistata con molta fatica dall'illustre medico inglese, ma nemmeno soffriremo che si disconosca il merito di Cesalpino d'averla preparata e contribuito ad intessere.

Il mio compito è finito, e non mi resta che il dovere di chieder venia all'Accademia di averla trattenuta con una mera analisi grammaticale. Peraltro era per me di grande importanza il dimostrare che la iscrizione onoraria a Cesalpino non fu decretata di cuor leggero.

Ad altri la cura di respingere obiezioni promosse dal dott. Johnson e di ripigliare lo studio storico che conduce ad apprezzare giustamente il grado di merito spettante a Cesalpino nelle dottrine della circolazione, come già ne ha dato testè l'esempio il Filippi nei fascicoli dello *Sperimentale* con elaborati articoli in proposito. A me intanto gode l'animo nel vedere che in questa lotta noi siamo riusciti vittoriosi, inquantochè se l'autore del discorso arveiano ha procacciato di sostenere che Cesalpino non mostrò di aver conosciuto la circolazione del sangue, egli finisce poi col mandare un saluto di gratitudine all'Italia, confessando che se Harvey, dal fondo della Contea di Kent non avesse dirizzato il cammino fino a Padova, e non fosse ivi rimasto parecchi anni a studiare anatomia colla guida del

famoso Fabrizio d'Acquapendente (e noi aggiungeremo Rudio Eustachio), la circolazione del sangue da lui non sarebbe stata scoperta.

E di tale confessione noi siamo lieti e andiamo superbi, poichè se da un lato ne potrebbe scapitare uno dei molti titoli alla fama di un individuo (almeno nell'animo inglese), signoreggia e risplende la gloria della intera nazione che sta in cima alle nostre aspirazioni.

Il socio SCALZI: Non credo che l'Accademia debba andar paga dello splendido e dotto discorso fatto dal prof. Maggiorani ad illustrazione e difesa della lapide innalzata da noi in onore del Cesalpino; ma che le incomba maggiori doveri.

L'Accademia decretò solennemente, per iniziativa del prof. Maggiorani, le onoranze al Cesalpino; l'Accademia scelse tra i suoi soci i due oratori che dovevano celebrarne i pregi e la dottrina; è infine l'Accademia che figura su quella lapide, ed è a suo nome che se ne indisse la inaugurazione. Io sono perciò d'avviso che la contesa cessa d'essere personale per divenire della intera nostra Società.

Nel discorso del dott. Johnson ci si accarezza con una mano, mentre coll'altra si tenta rapirci una gloria nazionale. Io credo esser giunto il momento di sapere cui spetta realmente l'onore di una scoperta, che fu poi tanta parte dei progressi delle mediche discipline. Io mi riprometto di trovare altri e più seri argomenti in favore del Cesalpino, desidero però sapere se l'Accademia intende far propria questa nobile contesa.

Il socio MAGGIORANI: Io lodo moltissimo i generosi intendimenti del prof. Scalzi, vorrei però non

si eccedesse nelle pretese, perchè se ciò fosse, noi cadremmo negli stessi difetti dei nostri contraddittori. Io stimo doversi fare una chiara distinzione tra conoscenza o scoperta pura e semplice di un fatto, e la ricerca delle prove e degli argomenti atti a circondare il fatto stesso di tutta la sua evidenza. Io già dissi in altra occasione, ed ora non mi perito ripetere, che al Cesalpino si deve indubbiamente il primo lampo di genio che rischiarò il concetto della circolazione del sangue; ma che la dimostrazione fisiologica, le prove ineluttabili di essa spettano allo inglese Harvey.

Il socio SCALZI: Nessuna contesa potrebbe aver luogo tra noi e i medici inglesi ove comune fosse un tale apprezzamento. Per verità i medici inglesi dei tempi andati, nello innalzare una statua allo Harvey, lo qualificarono, con mitezza di giudizio, quale propagatore della circolazione del sangue; ma oggi lo si vorrebbe in modo assoluto celebrare come lo scopritore; e perchè come tale noi onoriamo in Italia il Cesalpino, si fanno le meraviglie e le lagnanze, come lo stesso Maggiorani ci ha detto.

Egli è contro tali esagerazioni che l'Accademia deve dignitosamente protestare e scientificamente combattere.

Il PRESIDENTE: Io domando all'Accademia se intende far propria la vertenza scientifica che si ripromette di sostenere il prof. Scalzi.

L'Accademia aderisce in massima al desiderio del prof. Scalzi, ma vuole a sè riserbata l'approvazione definitiva dello scritto.

Il socio SCALZI dice che si farà un dovere di sottoporre all'approvazione dell'Accademia il suo discorso.

### Presentazione di operati

Il socio TASSI presenta due *operati per ascessi epatici*:

Dovendo io comunicarvi in altra seduta alcuni miei studi sopra gli ascessi del fegato, ora mi permetto di presentarvene alcuni casi da me osservati, onde sottoporli al vostro esame.

Il primo è un giovane operaio, che mai ebbe malattie specifiche, nè affezioni, nè infezioni malariche o d'altra indole infettiva. Narra egli, che sei mesi or sono patì, per tre settimane, un catarro gastroenterico subacuto, seguito da prolungata diarrea; e da fortissimo dolore ed intumescenza sotto l'arc costale destro, accompagnato pure da un dolore nella spalla corrispondente. La intumescenza, non ostante un metodo antiflogistico attivo, crebbe e passò ad esito suppurativo: Fu allora che venne all'ospedale di S. Giacomo, raccomandato dai soci nostri De Rossi e Marchiafava. Dubitando che si trattasse di un ascesso trombo-embolico, volli prima di operarlo farne la puntura esplorativa; ed aspirata qualche goccia di pus, la feci esaminare dal Marchiafava, il quale riconobbe che nulla conteneva di resti di echinococchi, ma solo globuli di pus e qualche detritus.

All'indomani applicai il caustico alla Recamier, e dopo due giorni vi posi un grosso drenaggio pene-

trando per oltre 12 centimetri. Dal cavo ascessuale scaturì gran copia di pus corrotto che, sottoposto ad altro esame microscopico, confermò la diagnosi di ascesso trombo-embolico. Parecchie volte al giorno si facevano lavande fenicate e niuna complicanza seguì siffatta cura; e la guarigione completa s'ebbe dopo due mesi. Durante codesto periodo il malato aveva ora dispepsia, ora voracità, ora forte diarrea. E poco valsero le cure igienico-terapeutiche per liberarlo da siffatte molestie. Soltanto dopo la compiuta guarigione dell'ascesso e la riduzione dei diametri ingranditi del fegato, si potè ottenere un grande miglioramento nelle turbate funzioni gastroenteriche. Come vedete, questo giovane conserva tuttora una tinta olivastra, e quantunque il suo fisico non sia molto robusto, pure è assai rimesso dal suo primitivo scadimento. La cicatrice ombellicata così profonda vi dimostra pure una volta di più la profondità dell'ascesso.

Altri due malati avrei voluto presentarvi, operati per enormi ed abbondanti calcoli nella cistifellea. Amendue rimasero con fistole biliari; ma non essendo venuti all'appello mi riservo a farne la presentazione e la storia a miglior tempo.

Permettetemi intanto ch'io vi parli di questa giovanetta diciottenne, che or sono sette anni presentava un grosso tumore fluttuante nella regione ipogastrica e precisamente sotto la cartilagine ensiforme e le coste spurie destre. Veduta dai colleghi Bacelli, Gualdi, Pompei, medico curante, e da me, si convenne trattarsi di cisti da echinococchi. Fatta da me la puntura con fino trequarti ed esaminato il liquido fuori uscito, la diagnosi fu meglio chiarita. Tenuta la cannula in permanenza otto ore, fui obbligato a

toglierla per sopraggiunta peritonite. La giovanetta guarì ed io mai più la rividi. Solo nel mese di luglio dell'anno decorso venne a consultarmi, perchè laddove fu operata presentava un grosso tumore, che sebbene non le desse alcuna sofferenza, tuttavia in qualche circostanza la infastidiva. Ed era assai straordinario il fatto che un sì grande tumore in quella regione passasse così inosservato.

Non era difficile stabilire che ora si trattava di cisti da echinococchi in riproduzione, e forse anche non mai guarita. Questa volta volli ripetere la operazione, lasciandovi una cannula per 36 ore e se n' ebbe la peritonite parziale e pleurite diaframmatica con abbondante essudato tenue.

Codesta complicità fu vinta non senza qualche noia e difficoltà. Intanto la cisti aumentava, e con molto fastidio della paziente, massime dal lato dello stomaco, del diaframma e della pleura corrispondente. Rimaneva ancora aperto il foro ove era stato infisso il trequarti, e su questo introdussi un caustico fino al profondo della cisti; la qual cosa riaccese la peritonite parziale.

Ma pria che ne cadesse l'escara avvenne una perforazione intestinale, da cui uscirono molte piccole cisti e gran copia di liquido giallo verdastro. Questo fatto ritardò di parecchi giorni la fuoriuscita del contenuto della cisti dal foro esterno. E solo dopo due settimane s' ebbe una copiosissima quantità di cisti d' ogni gradazione, miste a liquido giallo e a pus. Si fecero delle iniezioni asettiche e per tre mesi ogni tanto si aveva la fuoriuscita di altre piccole vescicole disfatte. Intanto che il tumore subiva un processo d' involuzione, la flogosi locale, la peritonite parziale, e quella del petto

si dissiparono progressivamente, in guisa che la giovanetta potè lasciare l'ospedale dopo quattro mesi e mezzo. Ora, come vedete, è rimasto un tramite fistoloso della profondità di centimetri 7, da cui geme un poco di pus. Penso di cauterizzarlo con la elettro-caustica. Metodo, che altre volte da me usato, apportò guarigioni radicali di seni fistolosi cavitari, ribelli.

Questo fatto, o signori, ed altri, di cui terrò parola in altra seduta, provano come la puntura col trequarti non sia sempre innocente, come da taluno si è asserito; dimostra inoltre che la presenza della cannula, oltre che può riescire un fatto pericoloso, non è certo un metodo da seguirsi onde ottenere la cura radicale delle cisti da ecinococchi. Ma di questo mi riprometto di parlare in altra occasione.

Il socio DURANTE: Quanto ha detto il collega Tassi mi fa sempre più contrario al vuotamento successivo con un trequarti, della cisti di ecchinococco del fegato, non che all'applicazione a permanenza di un piccolo trequarti.

L'uno e l'altro metodo spesso sono fallaci per la guarigione radicale di queste cisti e qualche volta possono riuscire pericolosi, specialmente lasciando a permanenza la cannula del trequarti. Facendo il vuotamento con questo istrumento può risvegliarsi una peritonite mortale, vuoi per la semplice puntura, vuoi per liquido che facilmente può cascare nella cavità del peritoneo coll'avvizzirsi della cisti o collo spostarsi del trequarti posto a permanenza. Quand'anche il vuotamento riesca a far morire l'ecchinococco, la membrana cistica composta di una sostanza chitinoso resistentissima, racchiusa nella compagine del fegato, può agire da corpo estra-

neo e determinare suppurazioni consecutive. Che la sostanza di cui si compone la parete cistica dell'ecchinococco non si riassorba, me lo dimostra l'osservazione che io feci in un cadavere, dove trovai nel fegato i resti di una parete di ecchinococco che molti anni prima era stato curato colle punzioni. Questi avanzi stavano racchiusi in un tessuto tendineo in vicinanza del bordo inferiore della grande ala del fegato.

Io son di parere che il vuotamento della cisti colla cauterizzazione alla Recamier sia il metodo preferibile; con questo mezzo la peritonite circoscritta che si stabilisce fra i due foglietti peritoneali, sbarra la via che dalla cavità della cisti potrebbe condurre alla cavità peritoneale e ci apre un'ampia strada attraverso la quale si eliminano tutte le parti componenti la cisti di ecchinococco e allora solo la guarigione può dirsi stabile.

Il socio CAPRANICA: In qualità di relatore della Commissione nominata per lo studio igienico della salatura del formaggio, debbo pregare la presidenza a voler rimettere ad altra seduta la lettura della Relazione, non avendo ancora ricevuto dai miei colleghi tutto il materiale scientifico necessario.

Il PRESIDENTE annuendo alla domanda del Capranica, invita il socio Blasi a dar lettura della sua memoria.



### **Lecture, comunicazioni e discussioni.**

Il socio BLASI dà lettura di una memoria intitolata:  
*Della termometria nella meningite tubercolare dei bambini:*

In questi ultimi tempi la termometria medica della meningite tubercolare ha richiamata l'attenzione speciale di coloro che si occupano di patologia infantile. Si vorrebbe utilizzarla alla diagnosi clinica di una malattia delle più subdole apparenze e capace perciò di macchiare l'onore dell'arte; si vorrebbe anche più, trarre da quello studio la conoscenza di rapporti probabili fra il grado dei guasti morbosi ed il tracciato termometrico, e così raggiungere l'eccellenza di una diagnosi anatomica come pure una prognosi non generale, ma informata alle più precise evoluzioni del morbo. Su molte di queste ricerche per buona sorte non si lascia desiderare una concordia di opinioni. Difatti comunemente si ammette che la temperatura di questa malattia non abbia una curva caratteristica dal principio alla fine; che nel suo decorso presenti le più bizzarre oscillazioni: rapidi ascese, improvvisi abbassamenti, estremi variabilissimi; ma che pure, malgrado tali capricciose evoluzioni, il termometro osservi una certa norma nell'ascensione serale, e a modo insolito s'innalzi nell'estrema fase dal morbo.

Sopra altre indagini però i varii osservatori notevolmente discordano. Così vediamo da alcuni ammettere, respingere da altri l'influenza dell'età, delle stagioni, di alcuni epifenomeni, di alcune complicazioni sulla temperatura; e non parve a tutti possi-

bile, o spiegabile coi fatti, certa attinenza fra i cambiamenti termometrici e la sede, estensione e natura della malattia.

Potendo disporre di un materiale clinico piuttosto ragguardevole, su questa grave affezione, mi è sembrato opportuno di studiare l'argomento sui miei fatti stessi, per ottenerne o meno la conferma del vero, o almeno qualche lume capace di dissipare una parte delle dubbiezze della mente, suscitate dalla discordanza delle altrui opinioni.

Debbo premettere che le mie ricerche versano su trentotto casi di questa malattia, occorsi in bambini di ambedue i sessi, fra un anno e mezzo e undici di età: e questo contingente mi venne somministrato dall'ospedale del Bambin Gesù nel periodo di dieci anni circa. La temperatura fu presa nei singoli casi coll'istromento, due volte al giorno, mattina e sera alle sei. La diagnosi dei nostri casi, come la loro classificazione, basa non solo sulla storia clinica, ma pure sull'autopsia, che in quasi tutti fu eseguita.

Il termometro, applicato in tutti gli stadi della malattia, ne indicò in genere una temperatura febbrile. Le sue oscillazioni non raggiunsero per solito gradi molto elevati, ma eccezionalmente sì.

Il *maximum* di tutti i casi fu di 41° C; ed avvenne in un bambino di 3 anni, nel quale la meningite era associata a tubercolosi miliare acuta ed a pneumonite. La più alta temperatura riscontrata da Roger, fu di 42,5; ma conviene notare ch'egli comprende nella sua statistica casi anche di meningite semplice genuina e di meningite cerebro-spinale; ed appunto a quest'ultima specie si riferisce quel suo caso eccezionale.

Di fronte a cifre iperpirettiche ne osservammo delle altre assai basse, cioè intorno alla media fisiologica e talvolta anche al di sotto. Il *minimum* dei miei casi fu di 34° ed avvenne in un soggetto, di 4 anni, in cui la malattia sviluppavasi nell'Ospedale stesso, ove egli giaceva per cifosi con profonda carie delle vertebre dorsali. Fu verificata questa notevole discesa del termometro nell'ultimo giorno della vita del paziente. Anche altri ha osservato temperature ipopirettiche in questa malattia, ma non mi risulta che giungessero a tale grado. Roger, per esempio, non presenta che un *minimum* di 35°.

Codeste profonde ipopiressie non occorrono in pieno corso della malattia, ma bensì nel suo ultimo stadio e più specialmente allorchè, come non di raro avviene, precorra l'estinzione della vita un grave collasso. Facendo eccezione da questo estremo esaurimento organico, comune a molte malattie, ed attenendoci nei nostri calcoli ai fatti termici propri della piena evoluzione del morbo, non abbiamo mai veduto il termometro in quest'ultima contingenza scendere così basso. Il non avere apprezzato codesta differenza di circostanze ha contribuito al disaccordo di vari osservatori intorno alla media della temperatura nella meningite. E credo che perciò il Boutan<sup>1</sup> arriva all'assurdo, quando ammette la media sotto quella fisiologica. Facendo pertanto astrazione dalle ipopiressie agoniche, noi abbiamo dalle nostre osservazioni stabilita la media della temperatura a 38° 3, deducendola dagli estremi riscontrati nei singoli casi.

Tuttochè variabilissime le oscillazioni termiche, è d'uopo fissare alcuni fenomeni sufficientemente evi-

<sup>1</sup> *Annali Universali di Medicina*. Fasc. Luglio 1882. Milano.

denti, e quindi da ritenersi quali caratteristici, nella curva della temperatura di questa malattia. Uno di questi è certamente l'elevazione serale. Henoch la ritrovò quasi sempre nei suoi diciannove casi. Di 245 esplorazioni comparative fatte nei nostri casi mattina e sera, la temperatura si presentò più alta nella sera 176 volte; si conservò stazionaria 18, fu più bassa 51 volte.

Un altro fenomeno frequentissimo nella meningite è l'elevarsi della temperatura o nel giorno della morte, o nel precedente. Anche questo fatto per Henoch sarebbe da ritenersi come quasi costante. Nei suoi casi lo riscontrò quasi sempre, accagionandone la paralisi del centro moderatore del calorico. Fra 27 casi da noi esplorati fino al giorno della morte, ci mancò in 9. Può la temperatura premortale eccezionalmente precedere il termine fatale anche di due giorni; suole raggiungere gradi elevatissimi, ma può esprimersi pure con elevazioni mediocri. Dopo una temperatura conservatasi bassa per vari giorni, l'ascesa della colonna termometrica ad un grado non mai raggiunto precedentemente, può, in mezzo all'apparato della gravissima forma, importare il significato di un fenomeno premortale. Nei nostri casi in genere, viene questa elevazione dell'estremo periodo della malattia rappresentata da cifre comprese fra il 38° 5 e 40° 9. Noi non ci siamo mai imbattuti con i più alti gradi, cui accennano il Moreau ed il Roger, di 42 5; 42 2. L'acme della curva si verifica talvolta al momento stesso della morte (Huguenin);<sup>1</sup> anzi stando ai calcoli di Turin,<sup>2</sup> sa-

<sup>1</sup> *Patologia e Terapia medica*, redatta da Ziemssen, vol. XI, parte prima, pagina 543. Napoli 1878.

<sup>2</sup> *Annali universali di medicina*, loc. citat., pag. 20.

rebbe quest' il caso più frequente, ciò che noi non abbiamo potuto verificare.

Sembra che il progresso della malattia non sia senza influenza sul prodotto termico. Distinti scrittori pediatri e fra questi il Gerardt<sup>1</sup> e prima di lui il Roger,<sup>2</sup> avvisano che nella maggioranza dei casi, in sulla metà del corso della malattia, la temperatura si abbassa, scendendo intorno alla media normale ed anche al di sotto. Ho potuto confermare la giustezza dell'osservazione.

Non posso però accordarmi con altri che suppongono i casi a rapido andamento essere spesso congiunti ad alta temperatura. Nelle nostre storie cliniche v' hanno casi a lentissimo andamento con temperatura elevata; e questi nella stessa proporzione di numero che altri a rapido corso; e viceversa, constatammo basse temperature indistintamente nelle due classi dei casi.

Nè meno si oppone ai fatti l'opinione da altri professata, che l'età dei pazienti e la stagione stessa nella quale sviluppasi il morbo, esercitino una influenza sulla curva termometrica. Per questi scrittori predominerebbero le elevate cifre nella stagione calda e nei soggetti di età più avanzata. Nulla di tutto ciò; indistintamente, in qualunque stagione, in qualunque epoca dell'infanzia verificammo le stesse oscillazioni, gli stessi gradi, le stesse norme e le stesse bizzarrie di tracciato.

<sup>1</sup> *Trattato delle malattie dei bambini*, traduzione dei dottori Franco e Massei, Napoli.

<sup>2</sup> *Récherches cliniques sur les maladies de l'enfance*, Paris 1872, pag. 323.

Le malattie precedenti allo sviluppo della meningite esercitano forse una qualche influenza sulla temperatura?....

A risolvere questo quesito abbiamo rivolta la nostra attenzione a ciò che si verifica, quanto a temperatura, allorchè ad una malattia che trovasi nel suo pieno corso, si aggiunga un attacco tubercolare delle meningi, ed il risultato della nostra indagine ci porta alle seguenti conclusioni. Sviluppandosi la meningite in bambini sotto un'affezione cronica delle più comuni, come una tisi, difficilmente la temperatura si eleva oltre l'ordinario tracciato della malattia primitiva. Se il tipo febbrile era remittente a basse oscillazioni, il medesimo non soffre alterazione per la sopraggiunta dell'attacco alle meningi, ma persiste sullo stesso tenore. Se però era remittente a forti oscillazioni così da mentire l'intermittente, allora vi si verifica invece un passaggio ad oscillazioni più miti che si conservano tali anche nel corso della meningite. Le nostre osservazioni riguardo tal punto basano su nove casi, notati con precisione di temperatura, nel corso della malattia tanto primitiva che secondaria. In sette di essi la meningite occorreva nel corso di tubercolosi o polmonare o meseraica. Nei medesimi la curva termometrica che già da varie settimane persisteva su leggeri gradi in quattro, e più sensibilmente oscillava in tre, sopraggiunto l'attacco meningitico, la non variò affatto nè quanto al grado, nè quanto al tempo e durata delle oscillazioni. Nell'ottavo caso, in cui la malattia primitiva era rappresentata da tubercolosi miliare con peritonite e nel nono da lenta spinite, il tipo febbrile che dapprima delineavasi con irregolari e ben marcate ascensioni quotidiane a modo d'intermittente, stabi-

litasi che fu la meningite, esso assunse le basse oscillazioni di una remittente. Pertanto nei casi da noi esaminati, l'influenza della precedente affezione cronica si sarebbe spiegata sulla temperatura della meningite secondaria, determinando cifre termiche molto moderate.

Volemmo pure interrogare la nostra casuistica per la soluzione di altro quesito non nuovo, ma pur molto importante: se cioè la natura della meningite, secondochè genuina o tubercolare, dia un diverso tracciato termometrico. Già Hirtz e dopo di lui Jaccoud, Hasse ed altri videro nella meningite genuina delle temperature più alte che nella tubercolare; onde fu che da ciò trassero argomento di diagnosi differenziale fra le due affezioni. Noi abbiamo posto al confronto il tracciato termometrico di dieci casi di meningite semplice ed altrettanti della tubercolare e ne avemmo le seguenti differenze. In otto della prima categoria le oscillazioni superarono il 39°, mentre soli quattro della seconda raggiunsero questo grado. In ambedue le forme si osservarono, senza distinzione di frequenza, basse temperature. In un caso di flogosi genuina, confermata tale dall'autossia, la curva si conservò bassa in tutto il corso della malattia. Però è mestieri riconoscere l'eccezionalità di casi consimili, che perciò appunto confermano la regola generale di più elevate produzioni termiche nella genuina forma che nella tubercolare.

Comprova questo potere della flogosi il fatto che emerge dallo studio di un'altra questione, connessa colla termometria della meningite tubercolare. In questa malattia sono in giuoco due elementi, il flogi-

stico ed il tubercolare, ognuno dei quali non può essere estraneo alla elevazione della temperatura. Ora vi hanno esempi, in cui ambedue i relativi processi si bilanciano, in altri si verifica il predominio di uno sull'altro. Ciò è palesamente dimostrato dal cadavere coll'abbondanza e coll'estensione di uno dei due prodotti sull'altro. Mi venne così fatto di arguire giusta l'osservazione, del resto non nuova, che quando esista grande quantità di essudati plastici o purulenti in confronto del prodotto tubercolare, la temperatura è più elevata che non nella opposta condizione. Per giungere a codesta deduzione, perchè la molteplicità delle lesioni non torcesse il giudizio, sono stati prescelti dalla nostra causistica sette casi affatto scevri di complicazione. Dei sette in quattro il cadavere rivelò un predominio dei prodotti della flogosi (essudati densi pseudo-membranosi, raccolte purulente) e la storia clinica avea delineato temperature elevate fino a 39° e 40°. Nei rimanenti tre prevalsero prodotti tubercolari, mentre la storia clinica avea indicato in due soggetti temperature sotto il 39° e nel terzo qualche decimo sopra. Senza escludere pertanto la possibilità di alte temperature in ambedue le contingenze sotto considerazione, pure in genere l'iperpiressia occorre più spesso quando la flogosi prevalga.

Passiamo ora ad esaminare i rapporti che intercedono fra alcune delle più ovvie complicazioni ed i fenomeni della termogenesi. Cominceremo dalle convulsioni. Turin attribuisce a questo eventuale epifenomeno clinico un'influenza favorevole allo sviluppo di alta temperatura nella meningite. A dir vero sembrerebbe consentaneo alla ragione che l'ec-



citamento nerveo-muscolare capace di destare convellimenti generali o parziali del corpo, determinasse, come legittima conseguenza, un costante aumento di caloricità. Ma pure il fatto non vi si acconcia. Noi avemmo convulsioni eclamptiche in quattordici dei nostri casi, epilettiformi in uno. Eppure la temperatura presa o durante l'accesso o dopo il medesimo, in una grande loro maggioranza non si mostrò assai elevata. Anzi in quattro di essi il termometro si mostrò decisamente sotto la media fisiologica, come prima della convulsione.

Gravi e ad un tempo frequenti complicazioni della meningite tubercolare sono la pneumonite, la tubercolosi miliare acuta, la tisi a forma cronica ed infine la lenta tubercolosi dei gangli meseraici e degli intestini. Qual'è il tenore della curva termometrica in simili contingenze?... Per codesta ricerca noi abbiamo preso dalla nostra causistica quattordici casi che si distinsero per la elevatezza della temperatura, oscillante cioè sopra il 39°. L'autopsia, che in undici dei quattordici fu praticata, dimostrò in oltre la metà dei soggetti, lesioni di pneumonite o di tubercolosi miliare acuta; ed in un caso soltanto alterazioni di tubercolosi cronica degli organi del petto e basso ventre. All'opposto formammo un altro gruppo di venti casi a basse oscillazioni; ed interpellate le singole autopsie, vi trovammo assai più rara la pneumonite, e frequentissime le lesioni proprie della tubercolosi a forma cronica del petto e basso-ventre. Quanto alla tubercolosi miliare acuta, la trovammo congiunta indistintamente, ora ad alte ora a basse temperature. Siamo quindi da questa indagine portati a credere che la pneumonite complicante determini nel tracciato della meningite tubercolare temperature

relativamente elevate: non così la tubercolosi a lento corso, la quale invece somministra, allorchè associata alla meningite, una curva a basse oscillazioni: restando dubbia ogni influenza della tubercolosi migrare acuta degli organi del petto o basso-ventre sulle vicende termiche della malattia cerebrale.

Studiando attentamente sui nostri casi di meningite che si distinsero per la bassezza della temperatura, fummo colpiti dalla frequenza con cui in essi si mostrò la lesione tubercolare del cervelletto sotto forma o di tubercoli veri o di masse caseose. Ho tenuto conto di quindici casi che furono i più notevoli nel nostro materiale clinico, pel basso grado di febbre; difatti le oscillazioni del tracciato erano comprese fra un *maximum* di 38.8 e un *minimum* di 36.9. Ora in dieci di essi, che è quanto dire in due terze parti, l'autopsia dimostrò tubercoli cerebellari sotto le forme indicate. Volli allora ricercare se, presente questa lesione, la temperatura si fosse sempre dimostrata bassa, e realmente questa norma fu a tutti comune; dappoichè non mi fu dato di trovare nella casuistica alcuno altro caso di questa natura, all'infuori dei dieci notati. Ne dò qui l'indicazione cogli estremi della temperatura e con la descrizione delle alterazioni cadaveriche del cervelletto, quali risultarono dal dettato dell'autossia.

1. Evangelisti Antonio, di anni 3.

T. max. 38.8 — min. 37.9 — Esploraz. term. 12.

*Autossia* « .... Fra un lobo e l'altro del cervelletto l'aracnoide trovasi sollevata a borsa, contenente una raccolta di siero per la quantità di circa 10 grammi.... Nel sinistro lobo del cervelletto trovasi, immedesimato nella sua sostanza, un tubercolo ca-

seoso della grandezza di un cece. Nel destro se ne vede un altro della grandezza di una ciliegia, caseoso, occupante il centro del lobo stesso e con principio di rammollimento. »

2. Serpentine Giuseppina, di anni 3.

T. max. 38 7 — min. 37 — Espl. term. 18.

*Autossia* « .... Nella porzione di pia madre sovrapposta al bulbo rachitico si notano delle scabrosità prodotte da infiltrazioni di corpuscoli migliari, subrotondi, grigi, semitrasparenti, disposti sulla superficie della membrana.... Un tubercolo della grandezza di un cece è incuneato nella sostanza del cervelletto; esso si manifesta di materia tubercolare con principio di rammollimento. »

3. Montani Alfredo, di anni 4.

T. max. 38 7 — min. 38 2 — Espl. term. 17.

*Autossia* « .... Due tubercoli nel lobo sinistro del cervelletto; uno della grandezza doppia di un cece, e l'altro di quella di un uovo di piccione; il quale ultimo è nel centro rammollito a grado avanzato, mentre l'altro offre soltanto un principio di rammollimento. Ambedue sono approfondati nella sostanza cerebellare. Nello stesso cervelletto, e precisamente nel suo lobo destro v'ha un ammasso di materia tubercolare in parte rammollita, e che ne occupa due terze parti della sostanza. »

4. Iella Chiara, di mesi 18.

T. max. 38 4 — min. 37 6 — Espl. term. 8.

*Autossia* « .... Un grosso tubercolo della grandezza di una nocchia, ma subrotondo, si rinviene nel lobo sinistro del cervelletto, con rammollimento centrale del suddetto e rammollimento pultacoo della sostanza dell'organo. »

5. Anastasi Anatolia, di anni 3 e mezzo.

T. max. 38 7 — min. 37 8 — Espl. term. 4.

*Autossia* « .... Là ove il cervelletto si congiunge al bulbo rachitico trovasi un tumore grande quanto una grossa nocchia che occupa quasi tutta la spessore del bulbo stesso e, dalle cui fibre assottigliate, rammollite, di color grigio sporco è contenuto. Questo tumore esaminato al microscopio si dimostra di natura tubercolare. »

6. Lanzi Pio, di anni 5.

T. max. 38 5 — min. 37 8 — Espl. term. 7.

*Autossia* « .... Nel lobo destro del cervelletto vedesi una massa caseosa, della grandezza di un nocciuolo, situata entro la sua sostanza. »

7. Costantini Giuseppe, di anni 5.

T, max. 37 2 — min. 36 9 — Espl. t rm. 4.

*Autossia* « .... Nel lobo destro del cervelletto osservasi un gruppo di ben distinti tubercoli entro la sua sostanza. Questi non offrono rammollimento. »

8. Contenti Teodolinda, di anni 4.

T. max. 38 5 nel corso della malattia — (Temp. premortale 39 7) — min. 37 — Espl. 7.

*Autossia* « .... In corrispondenza del pilastro anteriore della volta ventricolare presso il forame del Monro, si rinviene un tubercolo, della grossezza di una grande ciliegia, caseoso all'a consistenza e al colore, e quantunque non decisamente rammollito, è però friabile nel mezzo. Nel lobo sinistro del cervelletto è collocata nel centro una massa tubercolare mammellonata, del volume di una mandorla spogliata dalla buccia. Un secondo tumore si trova pure nella sostanza dello stesso lobo verso la sua faccia interna, anch'esso di figura irregolare e di doppio volume del primo. Altri due tumori si osser-

vano nel destro lobo del cervelletto, l'uno della grossezza quasi di una ciliegia situato in quella parte del detto lobo che corrisponde al midollo allungato; l'altro un poco più voluminoso in corrispondenza del margine superiore del medesimo. Tutti i descritti tumori offrono i caratteri della materia caseosa tubercolare. »

9. Sblinder Margherita, di anni 6.

T. max. 38 6 — min. 37 9 — Espl. term. 20.

*Autossia* « .... In ambedue i lobi del cervelletto, verso il margine inferiore ed esterno dei medesimi, osservansi due neoplasmi: appiattito e lungo circa 4 centimetri, il destro; rotondo e del volume di una nocchia, il sinistro. Ambedue sono di apparenza tubercolare, caseosa, friabile. La sostanza cerebellare è spappolata. »

10. Quattrini Giuseppe, di anni 11.

T. max. 38 6 — min. 36 8 — Espl. 8.

*Autossia* « .... Un tubercolo solitario esiste nel lobo parietale del destro emisfero, avente il volume di un cece. Due tubercoli solitari della stessa grandezza notansi nel sinistro lobo del cervelletto. Altro tubercolo solitario nel rigonfiamento lombare del midollo a destra.... » Quest'ultima osservazione mi è stata somministrata dalla sala dei fanciulli in S. Spirito, a differenza delle altre che tutte appartengono all'Ospedale del Bambino Gesù.

Dopo i fatti allegati bisogna ammettere, se non positiva, per lo meno assai probabile, l'esistenza di un rapporto fra la lesione tubercolare del cervelletto e la depressione della curva termometrica nella meningite. In nessun'altra delle complicazioni che ne occorsero, si vide così costante corrispondenza di

fatti. Il grado di probabilità si rafforza dal considerare che nessuno dei processi morbosi che riconoscemmo capaci di apportare anomalie iperpirettiche, potè infermare questa regola, quando unitamente esistevano lesioni cerebellari. A dir vero, in tre degli infermi l'autossia palesò la coesistenza della pneumonite, e in due l'evidente prevalenza di flogosi nelle membrane cerebrali, senza che perciò la temperatura si innalzasse ad alte cifre. Dato poi e non concesso, che le convulsioni ed il processo di tubercolosi migliare acuta determinino alla lor volta anomalie iperpirettiche, come la pensa Turin, si avrebbe per la nostra deduzione argomento di più. Chè in quattro dei nostri infermi si verificarono le convulsioni ed in cinque la tubercolosi migliare; eppure, malgrado tali condizioni, mancò il supposto effetto dell'elevazione termica; onde si avrebbe ragione a credere che ogni influenza favorevole all'iperpiressia restasse inefficace per l'eventuale lesione del cervelletto. Non è a mia cognizione che gli studi fisiologici possano dare adeguata spiegazione del fenomeno, ma non ne resta perciò menomato il valore del fatto clinico.

Gli scrittori, che si sono occupati della meningite tubercolare dei bambini, e più specialmente della sua temperatura, si sono spinti a ricercare puranco i rapporti di questa col polso e col respiro.

Dalla mia parte nulla posso aggiungere a quanto già si conosce su questo punto. I due fenomeni che rappresentano l'eccitamento nelle affezioni febbrili e che riguardano la temperatura e il polso, spesso nella meningite non si trovano d'accordo, non corrispondendo l'intensità dell'una alla frequenza del-

l'altro. Questo difetto, che chiamano di parallelismo, è stato da noi constatato frequentissimamente, ed in ogni stadio della malattia. Potrà forse non verificarsi per qualche giorno, ma tosto si presenta e spesso volte rapidamente, anche da un'ora all'altra, per una variabile durata e ripetendosi di sovente anche nello stesso individuo. In un bambino di quattro anni, nel quale la malattia decorreva lentamente, mentre nella visita mattutina i due fenomeni erano nelle giuste proporzioni (Temp. 38.5; polso 84), nel pomeriggio erano discordi (temp. 38.9; polso 130). V'ha però un periodo in cui il loro rapporto è meno incostante, cioè verso la metà del corso della malattia; chè allora, insieme all'abbassamento della temperatura, anche il polso si fa proporzionalmente lento.

Relativamente meno, ma è pure interrotto il rapporto della temperatura col respiro, a basse cifre di quella corrispondendo frequenti movimenti respiratorii e viceversa. Rammento di un bambino che, con temp. a 38° avea 45 respirazioni e quindi con temperatura a 39 e 40 non più di 30 respirazioni. Confesso di non aver fatto sperimenti su larga scala per questa indagine. Il prendere esatto conto dello stato della respirazione circa la sua frequenza, in alcuni stadi di questa malattia, è cosa piuttosto malagevole. Disturbano dall'esame l'irregolarità del ritmo respiratorio, la sospensione dell'atto per vari secondi, seguita quindi dalla sua precipitazione con movimenti respiratori a scosse (tipo Cheyne Stokes) o da profondi e prolungati sospiri; caratteri questi predominanti della detta funzione in questa malattia.

Esaurite così le mie ricerche sulla temperatura della meningite tubercolare, fa mestieri riassumere i principali concetti intorno a questo studio. Comincerò dallo escludere ogni influenza dell'età, della stagione, del corso rapido o lento, delle eventuali convulsioni durante la malattia, sulla temperatura. La sua curva è, come dal principio si disse, variabilissima; ora decorre a basse cifre, ora rapidamente si eleva, da un grado fisiologico fino alle più alte piresie, ovvero a corte e quotidiane oscillazioni irregolari per l'altezza del grado, e per la depressione. Malgrado tale variabilità vi si osservano delle norme che la rendono distinta. La sua media non supera il 39°; il tipo suo ordinario corrisponde al remittente con risalti vespertini; le maggiori elevazioni si riscontrano sul principio e sulla fine del morbo; mentre poi, in sulla metà di questo, si hanno temperature relativamente basse insieme a rallentamento di polso. Un giorno o due avanti la morte, è allora, nella maggioranza dei casi, che il termometro tocca i maggiori gradi del tracciato. Nella fattispecie si osservano anomalie per temperature iperpiretiche, allorchè siavi prevalenza dell'elemento flogistico sul tubercolare, o complicazione di pneumonite; all'opposto si hanno temperature ipopiretiche o almeno molto basse, esistendo complicazione di tisi a forma cronica o ancor più, di tubercolari cerebellari.

Ora qual profitto potrà la clinica rilevare da queste nozioni?

A stabilire nettamente il valore di questo mezzo diagnostico ci è d'uopo fare una premessa. I fenomeni riferibili alle vicende della curva termometrica, come in altri morbi così in questo, non vanno con-



siderati isolatamente, ma in complesso a tutti i sintomi della relativa forma clinica, i quali, allorchè indistinti e confusi, possono da quelli ricevere luce coll'applicazione del criterio eliminativo:

Inoltre, se nel dubbio non si potrà per essi arguire la certezza, si accrescerà di un nuovo elemento la somma di quei dati di probabilità, che spesso formano la base dei nostri giudizi diagnostici e prognostici.

Due malattie febbrili spesso vestono una forma clinica che si confonde colla meningite tubercolare; esse sono la febbre tifoidea e la subcontinua cerebrale. A distinguere l'una dalle altre, lo studio della termometria può essere di positivo soccorso. Si sa che, nella febbre tifoide, la temperatura ha un lento e graduato aumento di un grado; la sua media si calcola sopra i 40° ed essa conserva parallelismo col polso; all'incontro nella meningite manca codesta regolarità di aumento, la media è sotto il 39°; le maggiori elevazioni avvengono in principio e fine di malattia, mentre poi, nella metà del suo corso, si verifica un abbassamento; e insieme predomina un difetto di correlazione della temperatura col polso: Afferrate codeste differenze salienti, chiunque ne vede la facile applicazione.

L'esplorazione termometrica può pure giovare a distinguere la meningite tubercolare dalla subcontinua a forma cerebrale. In quest'ultima la temperatura raggiunge normalmente gradi più elevati, le oscillazioni spesso si ripetono due ed anche più volte nelle 24 ore, e non si attengono alla norma delle elevazioni serali come nella meningite. In mancanza pertanto di altri aiuti, quali del criterio etio-

logico, degli anamnestici e dello stato della milza, caratteristico delle febbri da malaria ecc., potrà la presenza di quelle particolarità termometriche far propendere per un giudizio di subcontinua. È naturale che la perplessità in questo caso potrà aver luogo nei primi giorni; a malattia avanzata la forma clinica, in unione alla curva termometrica, è talmente accentuata da dileguare ogni incertezza.

Interessa pure, soprattutto pel pronostico e trattamento, distinguere una meningite tubercolare, quasi inevitabilmente fatale, da una genuina, suscettibilissima di guarigione: e noi ne notammo la differenza delle rispettive curve termometriche. Quando pertanto, constatata una meningite in genere, il criterio etiologico ci lasci esitanti a pronunciarci sulla sua natura, è mestieri valutare l'intensità della temperatura, la quale se non molto elevata, ci dà argomento di meningite tubercolare; se all'opposto si dimostra eccezionalmente alta, eliminato il caso di una complicazione pneumonica o di una tubercolosi miliare, staremo per la flogosi meningea genuina.

Può la termometria guidare altresì a diagnosi anatomiche di estrema difficoltà. Poniamo una meningite tubercolare, incontestabile per le cause e per la forma clinica; se durante il suo corso, il termometro ci porge alte cifre (oltre il 39°), eliminata che avremo la possibile complicazione di una pneumonite o di tubercolosi miliare, riconosceremo nel caso pratico una prevalenza dell'elemento flogistico della meningite sul tubercolare. Questa nozione non è indifferente per le indicazioni terapeutiche che si accordano allora coll'uso moderato degli antiflogistici, i quali diversamente sarebbero da proscriversi. Se poi il termometro, durante il corso di una meningite

tuberculare ben accertata, si conserva costantemente a basse oscillazioni, così da non toccare mai il 39°, è probabilissima la presenza di tubercoli cerebellari; e questa probabilità rappresenta la certezza quando si possa, coll'anamnesi e colla progressa forma clinica escludere la tubercolosi cronica degli organi del petto o del basso-ventre.

Nè credasi che la grave condizione morbosa del cervelletto, certamente preesistita alla comparsa della meningite, dovesse rivelarsi coi disordini propri nelle sfere della sensibilità, della motilità e dell'intelligenza; e che quindi effimero sia il valore del fenomeno termico per la sua diagnosi anatomica. Non di raro questa lesione si concilia collo stato apparentemente perfetto di salute.

Dei nostri dieci casi in tre soltanto avea preceduto una sindrome che potesse farne concepire l'esistenza; cioè nell'Anastasi affetto già da lungo tempo da paraplegia e strabismo, nel Costantini, già malato di convulsioni epilettiche, paralisi e imbecillità mentale; nel Quattrini nel quale era presistita emiparaplegia destra. Negli altri sette nulla accennava, nè prima, nè durante la meningite, alla speciale affezione del cervelletto.

La termometria può anche renderci accorti della diagnosi di meningiti secondarie terminali della tisi, che pur tanto spesso si osservano. Lo spoglio di vari casi di simile genere, che superiormente studiammo, ci ha dimostrato che nella tisi si verifica una curva termometrica a tipo remittente, il più spesso senza forti oscillazioni; e che al sopraggiungere della meningite, o non si altera quel tipo, o seppure, più miti se ne fanno le elevazioni. Ora, se contemporaneamente alla produzione di fenomeni

cerebrali, rimanga inalterata la curva termometrica, non costituisce ciò una ragione ad escludere il nuovo processo acuto e gravissimo che viene a complicare la primitiva malattia. Avremo poi un argomento positivo ad ammetterlo, quando alla curva febbrile della malattia primitiva si sostituiscano più basse oscillazioni.

Si potrà dallo studio della curva avere anche indizio dello stadio cui pervenne la malattia e quindi della sua durata ulteriore. Diasi un caso già avanzato nel suo corso, e ben constatato di meningite tubercolare, se vediamo per due o tre giorni scendere il termometro intorno la media fisiologica o anche sotto, insieme a rallentamento di polso, può dirsi che la malattia sin allora giunta alla metà del suo corso. Dovremo quindi essere in sull'avviso di non cadere in errore, credendo ad un miglioramento per quelle condizioni di temperatura e di polso, come spesso mi avvenne di vedere con poco onore dell'essercente; e perciò di non modificare il giudizio di letalità assoluta già pronunciato.

Finalmente, se nello stadio avanzato della malattia con tutto l'apparato della sua estrema gravezza il termometro salga oltre alle sue abituali cifre, vedremo prossimo il termine fatale. Anche questa nozione non è indifferente pel prognostico esatto di questa malattia, la quale talvolta colle sue ingannevoli forme sembra promettere una speranza di guarigione anche nell'ultimo suo stadio, allorquando, come con somma verità avverte il West, vi è minaccia di dissoluzione; talaltra poi getta l'infermo nella prolungata agonia di più giorni nei quali sembra ad ogni ora debba succedere l'ultimo anelito. L'errore assai ovvio di pronunciare agli astanti un

miglioramento, egualmente che l'altro di preconizzare falsamente le ore residue di vita, assai volte potrà essere evitato, studiando quell'ultima fase della curva termometrica, che si accentua, nella maggioranza dei casi, con un'insolita elevazione.

Il socio MAGGIORANI: In proposito della forma clinica della meningite tubercolare, domando se nelle frequenti occasioni che il disserente ebbe di osservare questa malattia, abbia spesso riscontrato il grido idrocefalico.

Il socio BLASI: Sebbene questo fenomeno sia stato ritenuto per caratteristico, pure spesso mi mancò, anche quando altri fenomeni creduti di minore importanza diagnostica non faceano difetto

Il socio MAGGIORANI: In questa comunicazione si accenna a casi nei quali, tuttocchè unitamente alla meningite esistessero tubercoli cerebellari, pure nessun fenomeno proprio di questa ultima lesione appariva durante la vita. Trovando un po' singolare questo fatto, dimanderei se esso fu bene accertato.

Il socio BLASI: Fra i casi di questo genere da me citati, alcuni si riferiscono a soggetti giunti e ricoverati nell'Ospedale colla meningite in corso e quindi in condizioni tali da non permettere una distinta rivelazione della lesione cerebellare. Ve ne furono però altri nei quali la meningite si sviluppò durante la loro degenza all'ospedale per cronica malattia, come tisi, cifosi ecc.; eppure la lesione tubercolare del cervelletto, evidentemente già organizzata prima dello sviluppo della meningite, non avea dato

sentore della sua presenza con alcuno dei fenomeni proprii, come vacillamento del corpo e movimento vertiginoso, che sarebbersi rilevati in codesti infermi, per diverso tempo usi a levarsi quotidianamente di letto, sotto l'occhio vigilante delle infermiere.

Il socio FEDELI: Vorrei sapere dal collega Blasi se fra le cause atte a sviluppare la meningite tuberculare furono da lui notate le febbri intermittenti, essendo che, di tale successione morbosa, io sia stato spesso testimonio.

Il socio BLASI: Alcuni dei bambini da me osservati erano andati soggetti alle intermittenti recidive; ma non potrei dire nulla sulla importanza di questa etiogenesi.

Il socio DURANTE comunica un caso raro di *Neo materno maligno*:

N. Maddalena da Orbetello, vedova, dell'età di anni 40, presentava nella regione della pianta del piede destro un neo materno che, per le fasi tristissime a cui diè luogo, credo opportuno sottoporlo alla vostra osservazione. Il caso è oltremodo raro. Mi sembra di averne letto uno simile in vecchio autore, ma per quanto ho cercato non mi è stato possibile rintracciarlo.

La detta signora da bambina soffrì di una nevralgia sciatica nell'arto inferiore destro. Ebbe febbri miasmatiche, massime nel lungo periodo di tempo di sua vita passato in maremma. Andò frequentemente soggetta a gastralgia accompagnata da convulsioni isteriformi, soprattutto nel tempo di sua vedovanza cioè dall'età di 34 anni.

Il neo materno, sul quale precipuamente ho l'interesse di richiamare l'attenzione vostra, l'ebbe fin dalla nascita; però la sua estensione non era quale io ve lo presento in acquarello grande al vero, ma circa la metà. Cominciò a raggiungere quella estensione da 7 o 8 anni dando luogo a qualche leggera sofferenza, tollerata per altro benissimo dalla povera signora. Nel marzo 1881 le sofferenze divennero un poco più vive tanto che credette opportuno recarsi a Pisa onde prendere consiglio dagli uomini dell'arte. Essi convennero di asportare il neo; infatti nel giugno veniva praticata la estirpazione, cauterizzando la soluzione di continuo, prodotta coll'apparecchio di Paquelin. Per alcuni giorni non si manifestò verun fastidio, in seguito ritornarono le sofferenze ed il neo in brevissimo tempo (15 giorni) si riprodusse nella località. Dopo tre mesi dalla operazione cominciarono a svilupparsi due o tre tumoretti nella regione dell'inguine destro ed aumentarono le sofferenze. I tumoretti vennero dopo due altri mesi a fondersi quasi fra loro e raggiunsero un volume abbastanza rimarchevole. È in questo stato che io la visitai la prima volta un anno fa.

La signora era ben nutrita e di aspetto florido.

Nulla vi era di anormale nella sua costituzione organica. Solo alla pianta del piede destro in corrispondenza dell'arcata plantare, osservai una macchia ardesiaca, della grandezza di un doppio soldo, a margini frastagliati, sollevata di circa 1 millimetro alla superficie della pelle circostante, di consistenza cornea, squamosa, alla superficie, intimamente connessa all'epidermide, non aderente al pannicolo adiposo. Indolente alla palpazione, la pressione locale non poteva essere a lungo tollerata. Alla regione

inguinale dello stesso lato rilevai un tumore poco sollevato e ricoperto dalla pelle normale. Alla palpazione avvertii che era il risultato di parecchi noduli fra loro connessi, del complessivo volume di una grossa mela. Questo tumore si terminava al di sotto dell'arcata femorale. Al di sopra di quest'arcata, verso la fossa iliaca, infossando profondamente la mano, notai un indurimento non ben delimitabile, a superficie ineguale. Ambedue queste masse aveano una consistenza fibrosa, poco dolenti sotto la forte pressione, producevano di tanto in tanto dei dolori ora lancinanti ora folgoranti. L'enorme sproporzione nel volume fra il neo materno e i tumori secondari avrebbe potuto far credere che questi non avessero relazione alcuna col primo. Ma considerando la recidività del neo materno e i caratteri obbiettivi e la regione anatomica dei tumori secondari, non dubitai un istante che essi fossero l'effetto della colonizzazione di elementi partiti dal neo materno, e che il loro svolgimento rapido fosse l'effetto delle mutate attività fisiologiche degli elementi cellulari emigrati. Questo è un fatto molto frequente ad osservarsi nei tumori epiteliali cutanei. Nella produzione primitiva, l'epitelioma frequentemente conserva le proprietà fisiologiche degli elementi epiteliali che gli diedero origine, vale a dire tende alla cornificazione come fa il corpo mucoso di Malpighi. In conseguenza lo sviluppo si fa lentissimo perchè, una gran parte delle cellule che sono i fattori dell'accrescimento, cornificandosi divengono improduttive. Al contrario quando questi elementi epiteliali si sono trapiantati nelle glandole linfatiche della regione, per le mutate condizioni anatomiche e fisiologiche cessano di trasformarsi in cellule cornee, conseguen-



temente lo sviluppo del tumore si fa rapido perchè ogni dì si accrescono in esse gli elementi produttori.

Esaminato al microscopio un frammento del neo materno, rinvenni essere composto di cellule epiteliali in varie fasi di cornificazione di cui vi presento un preparato. In ciascun elemento si contiene un numero variabilissimo di granuli di pigmento nero raccolti intorno al nucleo. Duolmi di non aver potuto esaminare i tumori secondari perchè non fu permesso di estirparli dopo che la signora cessò di vivere, ciò che avvenne dopo sei mesi che io l'aveva visitata. Ho saputo che la morte accadde per la diffusione del tumore nella cavità addominale, accompagnata da insopportabili dolori alla regione dorsale e al fianco destro.

Ho ragione di credere che la riproduzione glandolare dell'*Epitelioma Pigmentato* (perchè bisogna così caratterizzare questo neo materno) non conservò il carattere primitivo; vale a dire, gli elementi perdettero il pigmento. Altrimenti sia sul momento in cui la osservai e meglio ancora nelle ultime fasi del suo sviluppo, si avrebbe dovuto rilevare la tinta nerastra anche attraverso della pelle sovrastante, con la quale il tumore aderiva.

Questo caso clinico mi convince ancor più che i tumori maligni e specialmente gli epiteliali, operandoli, bisogna asportarli riccamente se non vuolsi il dispiacevole incidente non solo della recidiva locale, ma della trapiantazione; poichè la irritazione meccanica fa perdere ad alcuni di questi tumori la loro relativa benignità. Infatti il corneoma migrante rimane per molti anni localizzato, se irritazioni meccaniche o chimiche non eccitano un'attiva fase proliferativa nei suoi elementi,

per la quale non hanno più il tempo di arrivare alla cornificazione. Come pure per le mutate condizioni anatomiche dei tessuti sottostanti, determinate dall'operazione e dalle cauterizzazioni, trovano più facile la via alla emigrazione. E questo appunto ha dovuto succedere alla povera signora di cui vi ho accennata la storia. Gli elementi del neo materno in essa serbarono sempre la tendenza alla cornificazione, fino a quando non mutò l'attività di alcuni di essi e le condizioni anatomiche nella regione; per la qual cosa il neo materno divenne un *epitelioma pigmentato*.

Il socio RATTI: In vista delle frodi che si vanno da qualche tempo commettendo dai venditori di commestibili; colle carni cavalline di sospetta provenienza; frodi che l'ufficio municipale d'igiene va scoprendo ogni giorno, io proporrei che l'Accademia dirigesse preghiere al Municipio perchè assumesse per sè l'azienda delle carni morticine, dando, se occorra, un equo compenso alla Confraternita dei cocchieri, a beneficio della quale si è esercitato sinora quel ramo d'industria.

Il socio BASTIANELLI: Da un'ultima contravvenzione fatta dall'ufficio d'igiene si poté verificare che la frode si commetteva con carni di cavallo di recente ucciso e non con carni morticine.

Ciò farebbe supporre che altrettanto sia avvenuto antecedentemente. È tanta, a mio credere, la necessità di togliere da ogni possibile contatto le carni di animali morti, che io stava già ventilando un progetto di cremazione di questi animali; ma purtroppo non mi dissimulo le difficoltà di questo progetto pei

danni che ne trarrebbe un ramo d'industria abbastanza lucroso.

Io trovo del resto molto opportuna la proposta del prof. Ratti e nei limiti che mi sarà concesso, prometto di appoggiarla, quante volte venisse trattata nella Giunta.

Messa a partito la proposta del socio Ratti, viene approvata.

L'Accademia incarica la presidenza di esprimere questo voto al Municipio.

La seduta si scioglie alle 2 1/2 pom.

**Il Segretario**

**Dott. C. BRUNELLI**

**Il Presidente**

**Prof. L. GALASSI.**

---

## OPERE INVIATE ALL'ACCADEMIA

---

- Carta della malaria dell'Italia illustrata da *Luigi Torelli* senatore del Regno.
- Relazione fatta al Senato del Regno sul bonificazione delle regioni di malaria lungo le ferrovie d'Italia: *L. Torelli*.
- Contributo allo studio delle lesioni articolari ed ossee in puerperio; del dott. *Arturo Bompiani* assistente dell'Istituto ostetrico di Roma.
- Contributo alla storia della eliminazione spontanea dei polipi dell'utero; del medesimo.
- Relazione dei lavori di ginecologia al Congresso nazionale dei medici inglesi tenuto a Worcester nell'agosto 1882; del medesimo.
- Delle osteopatie epifisarie nella tenera età e dello abuso delle loro resezioni; osservazioni del dottor *Tassi*.
- Considerations sur le trachélematome ou tumefaction circonscrite du muscle strerno-mastoidien chez les nouveau-nés, par le docteur *E. Tordeus*.
- Stato sanitario della provincia di Cuneo in rapporto colla pellagra; del dott. *Giuseppe Parola*.
- Vaiuolo e vaccino: Cenni popolari; del medesimo.
- De la vaccination: Etudes; del medesimo.
- Saggio di climatologia e di geografia nosologica dell'Italia; del medesimo.
- Sul trattamento delle ferite, del prof. *Giuseppe Lister*. Traduzione del dott. *Gregorio Fedeli*.
- Le malaria e i diboscamenti del dott. *G. Pinto*.

**Pubblicazioni periodiche.**

- Annali universali di medicina e chirurgia.  
Giornale della Società italiana d'igiene.  
Giornale internazionale delle scienze mediche.  
Bullettino della Società medico-chirurgica di Bologna.  
Gazzetta medica delle Puglie.  
Il medico veterinario.  
Journal des eaux-bonne.  
Gazzetta medica italiana: provincie venete.  
Archivio italiano per le malattie nervose, ecc.  
Commentari dell'Ateneo di Brescia.  
Atti della R. Accademia dei Lincei.  
Rivista di medicina dosimetrica.  
Giornale della R. Accademia di medicina di Torino.  
Indipendente; Gazzetta medica di Torino.  
Bullettino della Commissione speciale d'igiene del Municipio di Roma.  
Bullettino della Società medica Lancisiana.  
Annali clinici dell'Ospedale degl'Incurabili.  
Il Morgagni.  
Resoconto delle adunanze e dei lavori della R. Accademia di Napoli.  
Atti della Società medico-fisica fiorentina.  
Atti dell'Accademia pontificia dei nuovi Lincei.  
La salute campana; giornale d'igiene ecc.  
Rivista clinica di Bologna.  
Lo Sperimentale; giornale italiano di scienze mediche.  
Lo Spallanzani; rivista di scienze mediche e naturali.  
Bullettino demografico e meteorico della città di Roma.  
Bullettino dell'Ospedale civile, militare e del Manicomio prov. di Fermo.  
Illustrazione medico-chirurgica diretta dal dott. Parona di Novara.  
Igiene popolare, diretta dal prof. G. Giusti.

- La Gazzetta medica di Roma.  
L'Iidrologia e la climatologia medica ecc.  
Giornale di neuropatologia: rivista bimestrale diretta dal prof. Vizioli.  
Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale.  
Giornale internazionale delle scienze mediche.  
Memorie della R. Accademia di lettere, scienze ed arti, di Modena.  
La médecine contemporaine.  
Revista medico-quirurgica di Buenos-Ayres.  
Bulletin de l'Académie royale de médecine du Belgique.  
La France médicale.  
Journal d'hygiène, climatologie, eaux minerales, etc.  
Revue médicale française et étrangère.  
Le Réveil médical.  
La Croix rouge. Revue scient. et d'hyg. pub.  
The New-York Medical Eclectic devoted to Reformed Medicine.  
Fortschritte der Medicin Unter Mitwirk. hervor. Fachmän. herausg. von C. Friedländer.  
Gaceta medica de Sevilla.  
Uniao medica de Rio de Janeiro.  
Bulletin hebdomadaire de statistique démographique et médicale de Bruxelles.  
The vaccination Inquirer and Health Review.  
Le monde thermal.  
Verhandlungen der physiologischen gesellschaft zu Berlin.  
Annuaire de la Société météorologique de France.  
La Quinzaine médicale de la France et de l'Etranger.  
Gaceta dos hospitaes militares.
-

## CRONACA DELL' ACCADEMIA

*(Seduta straordinaria del 17 dicembre 1882).*

---

**Parte amministrativa.** — L'economo-cassiere presenta il preventivo per l'anno 1883, nel quale figura un piccolo disavanzo. Prega perciò l'Accademia a volere d'ora innanzi limitare le spese delle tavole litografiche, da cui dipendè in gran parte il detto disavanzo.

L'Accademia, rimettendosene al Consiglio per gli opportuni provvedimenti, approva il bilancio preventivo.

**Commissione.** - Essendosi ora più che mai manifestata la necessità di avere un locale ad uso di biblioteca e gabinetto di lettura per l'Accademia, si è nominata una Commissione composta del Presidente, Segretario, Economo-Cassiere e dai soci Piermarini e Capranica, perchè faccia nuove pratiche presso il Rettore della Università, od anche presso il Ministero della pubblica istruzione, se occorra, onde sollecitare un provvedimento, che si fa sempre più urgente dall'aumentare continuo delle opere e delle pubblicazioni periodiche inviate in dono all'Accademia.

**Nomine.** — In questa seduta furono nominati soci corrispondenti nazionali il prof. Giovanni Calderini di Parma e il dott. Giuseppe Parola di Cuneo.

---

## INDICE DELLE MATERIE

---

ABORTO RIPETUTO in epoca costante, p. 37.

ACIDO CARBOLICO: assorbimento venefico del medesimo in un caso d'empiema operato, p. 26.

ACQUA OSSIGENATA: sua azione sull'organismo, p. 238.

AFONIA ISTERICA sua cura speciale, p. 275.

ANCHILOSI ANGOLARE del femore (presentazione) p. 36.

ANOMALIA ARTERIOSA. p. 334.

BACILLO TUBERCOLARE, p. 267.

BLEFAROPLASTICA, p. 233.

CAMERA OPERATORIA: (progetto di una). p. 341.

CANGRENA POLMONALE, 157.

COMMEMORAZIONI FUNEBRI, p. 37, 65, 329.

COMMISSIONE ACCADEMICA: per una questione igienica, p. 306.

CONVULSIONI EPILETTIFORMI da causa sifilitica, p. 136.

CORRISPONDENZE UFFICIALI, p. 103, 15, 259, 307.

CURARO: esperienze fisiologiche fatte col medesimo, p. 172.

DELIBERAZIONE riguardante lo statuto accademico, p. 101.

DISCUSSIONI: sullo jodio come antimiasmatico, pag. 162 — sui lavori di sistemazione del Tevere, p. 197 — sulla verità delle nascite, p. 264, 345 — sopra una ovariotomia, p. 320 — a proposito della lapide onoraria del Cesalpino, p. 331, 356.

EFIDROSI ed emorragia isterica, p. 107.

EQUITAZIONE nelle malattie di petto, p. 252.

FAVO O VESPAIO: sua etiologia, p. 30.

FERITA GRAVE al basso ventre: osservazioni cliniche sulla medesima, p. 104.

FRATTURA della clavicola per azione muscolare, p. 152.

GINOCCHIO VALGO, p. 320

HAZELINE: uso di questo medicinale, p. 323.

INAUGURAZIONE DI UNA LAPIDE in onore di Rolando, p. 63.

INDICE delle materie, p. 399.

INDURIMENTO POLMONALE consecutivo alla polmonite fibrinosa, p. 92.

IPEROSTOSI MULTIPLE (presentazione), 308.

JODIO quale succedaneo della chinina, p. 159.

JODOFORMIO nel diabete mellito, p. 83.

LAPAROTOMIA per fibromioma sottoperitoneale, p. 211.

LATIRISMO: due casi di questa malattia osservata nella clinica medica di Parma. p. 166.



**MENINGITE TUBERCOLARE:** osservazioni istologiche sulla medesima p. 129.

**MICROCOCOCCO TUBERCOLARE** della gonorrea, p. 6, 99.

**NEOARTROSI** del cubito, p. 64.

**NEO PIGMENTATO** sopra un caso raro di esso, p. 389.

**NOMINA** di SOCI dell'Accademia, p. 101, 257, 306, 397.

**OLIO DI CROTONTILIUM:** esperim-nti fatti col medesimo nell'erpete tonsurante, p. 290.

**OPERATI** di ascesso epatico (presentazione), p. 363.

**OPERE INVIATE** all'Accademia, 33, 62, 100, 150, 199, 256, 305, 353, 394.

**OSSERVAZIONI:** sopra un caso di isterismo p. 126 — sopra la epilessia da sifilide, p. 148 — sopra un caso di afonia isterica p. 288 — s. pra due operati di ascesso epatico, p. 366.

**OVARIOTOMIA INCOMPLETA** (presentazione), p. 318.

**PIGMENTI BILIARI:** studi sui medesimi, p. 94.

**PIGMENTO TURCHINO** delle idromeduse, p. 326.

**PILOCARPINA** contro la rabbia e le affezioni sifilitiche secondarie, p. 204.

**POLMONITE FIBRINOSA ACUTA:** sopra due esiti rari della medesima, p. 45.

**PREPARAZIONI MICROSCOPICHE** della pelle dell'area Celsi, p. 260 — del favo o vespaio, p. 315.

**PROTESI DELLA BOCCA,** p. 269.

**RELAZIONE:** sul progetto governativo della sistemazione del Tevere, p. 184.

**RENDICONTO** dei lavori dell'Accademia durante il biennio 1881-82, p. 10.

**RETINA DELLE SCORPENE,** p. 344.

**RINNOVAZIONE DEL SEGGIO** presidenziale, p. 351.

**RINOPLASTICA** parziale per epiteloma al dorso del naso, p. 36.

**SANGUE DELLE SALAMANDRE** e del tritone: esperienze fatte sul medesimo in rapporto alle piastrine del Bizzozzero ed ai corpuscoli del Norris, p. 174.

**SERRAMENTO MASCELLARE,** p. 6

**STENOSI** del duodeno, p. 133.

**SUDORE** (chimica del), p. 293.

**TABE DORSALE** da causa sifilitica, p. 334.

**TARSORAFIA PREVENTIVA,** p. 204.

**TERMOMETRIA** della meningite tubercolare, p. 368.

**TORACENTESI:** apparecchio a pompa per la medesima, p. 261.

**TROMBO** e suo rammollimento: ricerche micologiche, p. 95.

**TUMORE** del centro ovale sinistro, p. 222.

**TUMORI MULTIPLI** della faccia (presentazione), p. 207.

**VELENO DEL CROTALO** e curaro: esperienze fisiologiche fatte coi medesimi, 172.

**VOTO DELL'ACCADEMIA** circa le carni cavalline di sospetta provenienza, p. 393.

